Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 136 del 14 giugno 2006 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Mercoledì, 14 giugno 2006** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 145

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 15 dicembre 2005.

Intesa, ai sensi dell'articolo 5 dell'Accordo Stato-Regioni, rep. n. 1805 del 24 luglio 2003, sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - Accordo collettivo nazionale per i pediatri di libera scelta. (Rep. n. 2396).

SOMMARIO

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 15 dicembre 2005.

Intesa, ai sensi dell'articolo 5 dell'Accordo Stato-Regioni, rep. n. 1805 del 24 luglio 2003, sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - Accordo collettivo nazionale per i pediatri di libera scelta. (Rep. n. 2396).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 15 dicembre 2005:

Vista la legge 27 dicembre 2002, n. 289, che all'art. 52, comma 27, nel sostituire l'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412: — ha istituito la Struttura interregionale sanitari convenzionati - SISAC, per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale; — ha previsto che tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, sia costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome; — ha disposto che della delegazione facciano parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri; — ha demandato ad un accordo in questa Conferenza la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi, tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165; — ha disposto, a tali fini, l'autorizzazione di una spesa annua, nel limite massimo di 2 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2003;

Visto l'art. 2-*nonies* della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che dispone che il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in questa Conferenza Stato-Regioni previsto dal citato art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni e che l'accordo nazionale è reso esecutivo con l'intesa sancita in questa Conferenza, con le modalità di cui all'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto il proprio atto rep. n. 1805 del 25 luglio 2003, con il quale, in attuazione del citato art. 52, comma 27, della legge n. 289 del 2002, si è proceduto alla disciplina del procedimento di contrattazione collettiva in questione e che l'art. 5, analogamente a quanto dispone il citato art. 47 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, prevede:

al comma 5, che nel procedimento delle ipotesi di accordo in questione si debba acquisire l'intesa di questa Conferenza, chiamata ad esprimersi dopo la certificazione da parte della Corte dei conti, da rendere entro quindici giorni dall'invio, superati i quali il parere si intende positivamente reso, salvo la richiesta di acquisizione di ulteriori elementi di valutazione;

ai commi 6 e 7, che, ove la predetta certificazione non sia positiva, la Corte riferisca al Parlamento e che in ogni caso la procedura debba concludersi nei termini fissati dal comma 7 del citato decreto legislativo n. 165/2001 (quaranta giorni dall'ipotesi di accordo), decorsi i quali l'ipotesi di accordo è oggetto di intesa in questa Conferenza, salvo che non si renda necessaria la riapertura delle trattative;

Vista la proposta di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici pediatri di libera scelta, inviato a questa Conferenza dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, con nota del 17 novembre 2005, al fine di acquisire l'intesa in oggetto di cui all'art. 2-*nonies*, comma 1, della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, ed all'art. 5 del citato Accordo Stato-regioni rep. n. 1805 del 24 luglio 2003;

Considerato che le Sezioni riunite della Corte dei conti, con riferimento all'ipotesi di accordo collettivo in oggetto, hanno deliberato, con le motivazioni di cui al «rapporto di certificazione», allegato alla delibera adottata nella Camera di consiglio del 20 ottobre 2005, «di prendere atto della quantificazione degli oneri inerenti all'ipotesi di accordo, ferme restando le problematiche relative alla sostenibilità finanziaria nel complessivo quadro della spesa sanitaria, riservandosi di riferire al Parlamento su tali aspetti»;

Acquisito nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e province autonome sulla ipotesi di contratto in esame;

Sancisce intesa

sulla proposta di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici pediatri di libera scelta di cui in premessa.

Roma, 15 dicembre 2005

Il presidente: La Loggia

Il segretario: Carpino

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 28 settembre 2005 alle ore 12,00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore Dr. Luigi Covolo **FIRMATO**

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMP

Dr. Pier Luigi Tucci **FIRMATO**

Dr. Giuseppe Mele **FIRMATO**

CIPE

Dr. Tiziano Dall'Osso **FIRMATO**

Dr. Giuseppe Gullotta **FIRMATO**

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana.

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 23 maggio 2003.

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003.

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138.

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502 DEL 1992, E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.

INDICE

CAPO II Rapporto di lavoro

PARTE PRIMA

INQUADRAMENTO GENERALE

ART. 1 - QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale della pediatria di famiglia (in seguito Organizzazioni Sindacali) definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio – sanitario.

3.Il nuovo quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo degli AA.CC.NN. deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del SSN.

4.Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.

5. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie croniche degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

6. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato ai bisogni sanitari dei cittadini. La convenzione con il singolo pediatra di famiglia tutela e valorizza il rapporto fiduciario medico - paziente.

7.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.

8. Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione di percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l' accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

Art. 2 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1.L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza appieno quale momento organizzativo del sistema e strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori. Le novità normative introdotte nel quadro istituzionale, sono destinate a mutare in modo importante i contenuti dei tre livelli di negoziazione: nazionale, regionale, aziendale.

2. Il livello di negoziazione nazionale recepisce le garanzie per i cittadini ed individua:
a)il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
b)i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
c)la compatibilità economica;
d)la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'Accordo.

3. Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

4. Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività dei pediatri di famiglia necessarie all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

ART. 3 – NEGOZIAZIONE NAZIONALE.

1.Le Regioni e le OO.SS. concordano, con la stesura del presente Accordo, che il livello di negoziazione nazionale , qui rappresentato, definisce:
a) la natura del rapporto di convenzione, così come definito al successivo art.13;
b)le modalità e la costituzione del rapporto di Convenzione;
c) le incompatibilità;
d)i requisiti per il mantenimento del rapporto di convenzione;
e) il rapporto ottimale e i massimali di scelta anche in relazione ai modelli associativi;
f) il ruolo, le funzioni e i compiti dei pediatri di libera scelta, in relazione alla garanzia del livello essenziale di assistenza delle cure primarie, quali referenti della salute del bambino e dei bisogni espressi dalla sua famiglia. Le attività e le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, costituiscono la risposta clinico-assistenziale, nei diversi momenti dello sviluppo e della crescita, concorrendo ad assicurare la continuità dell'assistenza e il necessario supporto e orientamento alle famiglie;
g) modalità e ambiti di esercizio della libera professione;
h) definizione delle modalità di applicazione degli aspetti sanzionatori e conseguenti criteri di valutazione delle violazioni e delle penalità conseguenti fino al venir meno del rapporto di convenzione;
i) avvio di un processo condiviso di determinazione di percorsi e linee guida per l'efficacia e l'appropriatezza, con il concorso dei soggetti istituzionali e delle parti sociali, al fine di garantire l'attuazione di programmi intersettoriali, la riduzione dell'ospedalizzazione non appropriata, la riduzione del rischio di disabilità;
j) criteri e modalità per la regolamentazione dell'accesso, in relazione alle normative vigenti;
k) criteri della rappresentatività sindacale nazionale, regionale ed aziendale;
l) funzioni ed obiettivi delle forme associative della pediatria di famiglia e dei loro elementi costitutivi fondamentali;
m) criteri generali nella gestione della formazione, nei suoi ambiti principali;
n) entrata in vigore e durata dell'Accordo nazionale;
o) struttura del compenso;
p) cornice generale degli Accordi regionali, con la individuazione degli ambiti della contrattazione.

ART. 4 - NEGOZIAZIONE REGIONALE.

1.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:

a)le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;
b)l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
c)l'organizzazione della funzione di tutela della popolazione infantile, concorrendo, con le altre componenti professionali, alla realizzazione degli obiettivi del programma distrettuale di attività al fine di garantire la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
d)definizione delle modalità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, in collegamento con lo specifico servizio presente a livello territoriale;
e)le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
f)la modalità di partecipazione dei pediatri di libera scelta nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
g)i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie – Regione;
h)l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;
i)gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei pediatri di libera scelta a livello regionale;
j)l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e.

ART. 5 - OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE.

1.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, concordano la realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi quali:

a)garantire su tutto il territorio nazionale da parte del sistema sanitario la erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

b)promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;

c)favorire una integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza territoriale in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

d)concorrere a realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente, definendo compiti, funzioni e relazioni tra le figure convenzionate impegnate;

e)realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio, con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriati di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini;

f)favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei pediatri che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;

g) introdurre, con la programmazione regionale e aziendale, strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio ed una concreta responsabilità dei pediatri e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute;

h)favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale dei pediatri di famiglia che operano sul territorio;

i)favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

ART. 6 – STRUMENTI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo, convengono sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso le seguenti scelte:

a) realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie con le specificità proprie dell'assistenza pediatrica, al fine di individuare e intercettare la domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili;

b) a tal fine convengono sulla necessità di costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina e pediatria associata prevedendo la sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le OO.SS., di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da pediatri di famiglia e anche da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria,in coerenza con l'intesa Stato - Regioni del 29.07.04;

c) la nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I pediatri di libera scelta avranno, sulla base di quanto definiranno le regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nella individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget;

d) in proposito dovrà essere garantita la presenza delle forme partecipative nelle strutture territoriali, previste dall'atto aziendale;

e) questa riorganizzazione avrà come suo fondamento l'informatizzazione del sistema, secondo standard condivisi definiti a livello nazionale e regionale, che dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;

f) le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, concordano sulla esigenza che sia perseguito, anche tramite gli accordi regionali, un adeguato percorso formativo dalla fase della specializzazione alla formazione continua;

g) dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra pediatri, altri medici, e professionisti sanitari che operano nel territorio e pediatri e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

ART. 7 – RUOLO E PARTECIPAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI.

1.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ferma restando la natura convenzionale del rapporto per singolo professionista, concordano che la maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione, dei pediatri di libera scelta operanti nel territorio comporta un equivalente e contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico, con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di territorio.

2. La mancata adesione agli obiettivi ed ai percorsi concordati diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca.

ART. 8 - STRUTTURA DEL COMPENSO

1.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti nella pubblica amministrazione (d.lgs. 30 marzo 2001 n.165), convengono sulla necessità che il compenso dei pediatri di libera scelta, sia sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.

2.Concorrono alla costituzione del compenso dei pediatri di cui al presente Accordo:
a)quota capitaria ponderata per assistito;
b)incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
c)quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per pediatra singolo, associazioni o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
d)aumento previsto per rinnovo nella misura di cui al successivo articolo 9;
e)incentivi legati al trasferimento di risorse, alla luce del perseguimento del riequilibrio delle prestazioni, fra ospedale e territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria.

3.Nel rispetto di quanto indicato ai commi 1 e 2, le Regioni e le Organizzazioni Sindacali concordano di determinare l'entità del compenso per assistibile pesato definendone caratteristiche e tipologie secondo i seguenti criteri:
A. Le quote b) e c) del comma 2 potranno contenere fino al 30% del totale degli attuali compensi e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote saranno ulteriormente integrate con le risorse eventualmente derivate dalle fattispecie di cui al precedente punto e).
La quota a) del comma 2 potrà rappresentare un livello percentuale del totale degli attuali compensi inversamente corrispondente a quello di cui alla precedente lettera A.
B. Gli aumenti per i rinnovi contrattuali, calcolati sul monte compensi 2000 per competenza, vanno ad incrementare le quote del compenso di cui alle lettere a), b) e c) del comma 2.
4. Sono comunque garantiti gli effetti degli Accordi regionali vigenti fino alla loro scadenza, conformemente alle determinazioni previste negli stessi.

ART. 9 – AUMENTI CONTRATTUALI

1.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal governo in materia, fissano un aumento, per pediatri di libera scelta a quota capitaria, da erogarsi al lordo di ogni ritenuta o contribuzione e distribuite come indicato nel modo che segue:

TABELLA A – Arretrati 2001 - 2002 – 2003

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2001	1,788
arretrati 2002	1,788
arretrati 2003	2,508

TABELLA B - Aumenti 2004 – 2005

Decorrenza	Quota capitaria
Dal 1.1.2004	4,06
Dal 31.12.2004	1,10
Dal 31.12.2005	1,00
Totale	6,16

Le risorse di cui alla tabella B sono distribuite nella quota fissa e nella quota variabile nel modo che segue:

TABELLA C - Distribuzione delle risorse della quota capitaria nella quota fissa e nella quota variabile

Decorrenza	Quota fissa	Quota variabile
Dal 1.1.2004	2,03	2,03
Dal 31.12.2004	0,55	0,55
Dal 31.12.2005	0,50	0,50
Totale	3,08	3,08

ART. 10 - DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA

1.Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, a garanzia dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 4, comma 1, del presente Accordo, si impegnano ad applicare in caso di inadempienza anche di una delle parti, la seguente procedura di garanzia con valore di cogenza per i contraenti.

2.Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo la SISAC verifica lo stato di avanzamento degli Accordi in ciascuna Regione, accordando eventualmente ulteriori tre mesi di tempo per la conclusione della trattativa, trascorsi i quali si fa inderogabilmente riferimento, su richiesta di una delle parti, a quanto previsto dal comma 3.

3.A tale fine la SISAC, entro 15 giorni, convoca le Organizzazioni Sindacali nazionali e, valutato lo stato di inadempienza, può procedere, entro 30 giorni, alla convocazione delle parti regionali interessate al fine di pervenire ad un accordo, da stipularsi entro i successivi 60 giorni. In caso di impossibilità a raggiungere tale risultato, la SISAC e le Organizzazioni Sindacali nazionali proporranno, entro i successivi 60 giorni, una soluzione sostitutiva all'accordo regionale da sottoporre alla approvazione della conferenza Stato - Regioni e Province autonome a valere per la Regione, valida fino alla stipula dell'Accordo regionale.

4.Al fine di acquisire le necessarie conoscenze in ordine all'andamento di attuazione degli accordi regionali ed aziendali, nonché all'esigenza di monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali, è istituito, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, un Osservatorio consultivo permanente nazionale presso la SISAC, con la partecipazione delle Organizzaizioni Sindacali, la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo accordo tra le parti.

ART. 11 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza Stato-Regioni, scade il 31 dicembre 2005 e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

PARTE SECONDA
DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Art. 12 – PREMESSA

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. E' necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di famiglia è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni – medici pediatri che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.

2. Il presente accordo disciplina e regolamenta, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. n.502/1992 e sue successive modificazioni ed integrazioni, l' attività del medico pediatra di famiglia, ribadendo che:
- in base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27 maggio 1991, n.176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dall'O.M.S.;
- nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale;
- la tutela della salute del bambino e dell'adolescente presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazioni e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

3. Il pediatra di famiglia è lo specialista formato specificamente per offrire la tutela della salute per tutto l' arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell' area delle cure primarie.

4. Il pediatra di famiglia:
- svolge attività medico specialistica di assistenza (diagnosi, terapia e riabilitazione) nei confronti di bambini e adolescenti con particolare attenzione all'integrazione e coordinamento delle cure per patologie acute e croniche;
- garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito;
- progetta e partecipa ad attività di ricerca sul territorio;
- promuove ed aderisce a programmi di formazione professionale.

5. I pediatri di libera scelta sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali:
a)la pediatria di famiglia fornisce un accesso diretto all'interno del sistema sanitario, per offrire una tutela della salute completa e coordinata ai bambini, ragazzi ed adolescenti per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie, partecipando all'appropriatezza e continuità dell'assistenza;
b) determina un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
c)sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
d)gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
e) garantisce le prestazioni sanitarie con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto sociale ed ambientale in cui è inserito.

CAPO I

PRINCIPI GENERALI

ART. 13 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. I medici specialisti in pediatria, iscritti negli elenchi di cui all' art. 32, comma 4 del presente accordo, sono parte attiva e qualificante del S.S.N. nel settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell' età evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura, riabilitazione e raggiungimento di uno stato di maturità psico-fisica in una visione globale di servizio per il cittadino nel quadro dei piani sanitari nazionali e regionali.
Tale attività presuppone che, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, i rapporti convenzionali con i medici pediatri di famiglia esplicanti la loro attività in prestazioni sanitarie da effettuare in ambito territoriale, costituiscono il rapporto di lavoro con il quale si fa fronte alle esigenze sanitarie della popolazione in età pediatrica sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 8 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Tale rapporto di lavoro, libero-professionale, costituisce vincolo funzionale tra l'ASL ed il singolo medico pediatra e si concretizza con l'organico inserimento dell'attività del medico pediatra di libera scelta nell'apparato organizzativo del distretto socio-sanitario. In particolare, ancorchè libero professionista operante nel proprio studio, il medico pediatra di famiglia stabilisce, con l'istaurarsi del rapporto di lavoro con il S.S.N., un vincolo funzionale che risulta dalle norme regolamentari che compongono il corpo normativo del presente ACN. Inoltre, si evidenzia che l'attività regolata dal presente accordo collettivo nazionale non è riconducibile alla mera prestazione d'opera professionale giacchè l'impianto organizzativo prefigura il dover svolgere le proprie mansioni professionali secondo orari predeterminati e direttive impartite a livello aziendale e distrettuale, oltrechè regionale e nazionale, in sintonia alle intese ai vari livelli, utili a svolgere la prestazione professionale in modo coordinato con le prestazioni degli altri medici pediatri di famiglia.

3. E' in questo quadro che le Regioni assicurano, in via esclusiva e sulla base delle specifiche disposizioni di cui all'articolo 8, comma 1, del D. Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

ART. 14 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE.

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base degli indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro riorganizzazione e definizione:

   Art. 23 - Comitato Aziendale;
   Art.24 - Comitato Regionale;
   Art. 25 – Programmazione e monitoraggio delle attività;
   Art. 26 - Equipes territoriali ed UTAP;
   Art. 27 – Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse;
   Art. 33 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;
   Art. 34 - Instaurazione del rapporto convenzionale;
   Art. 36 - Sostituzioni;
   Art. 37 - Incarichi provvisori;
   Art. 39 – Scelta del pediatra;
   Art. 43 – Elenchi nominativi e variazioni mensili;
   Art. 45 – Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza;
   Art. 51 – Assistenza al bambino con patologia cronica;
   Art. 52 – Forme associative;
   Art. 55 – Continuità assistenziale;
   Art. 61 - Attività territoriali programmate
   Allegato E - Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica
   Allegato E bis - Assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica

3. Gli Accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai pediatri:
   a)in forma coerente rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
   b)in forma associativa complessa e integrata;
   c)per il rispetto di livelli di spesa programmati.

4. Gli Accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, funzionali ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, e con modalità che possano consentire la collaborazione del pediatra con il dipartimento materno-infantile per:

a) - interventi sanitari relativi all'età pediatrica con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda di rilevazione dei bisogni dei bambini a domicilio, nelle strutture territoriali e nelle collettività;
b) - assistenza al bambino con patologia cronica, da effettuarsi sulla base di programmi di assistenza concordati, all'ambulatorio o al domicilio del bambino;
c) - il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie, gli interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute previsti a livello nazionale, regionale e aziendale nei confronti dei

propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva, e le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;
d) - processi assistenziali riguardanti particolari patologie ivi comprese alcune sociali secondo protocolli che definiscono le attività del pediatra di libera scelta e i casi di ricorso al secondo livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);
e) - assistenza domiciliare ai pazienti in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;
f) - sperimentazione di nuove modalità assistenziali;
g) - partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. Progetti obiettivo) coinvolgenti il pediatra di libera scelta per prestazioni non previste dall'art.44.
h) - prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato B), parte "A" e "B".

5. Gli Accordi regionali possono, inoltre, prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:
a) - partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di peer review e applicazione di linee guida, per sviluppare efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;
b) - svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologia, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;
c) - attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri di libera scelta, presidi delle Aziende sanitarie locali ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (specialisti e servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e management della spesa;
d) - fornitura dei dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini statistico-epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

6. Gli Accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 58, tra pediatri di libera scelta convenzionati ai sensi del presente Accordo. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate e complesse che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.
   La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal pediatra di libera scelta, in particolare:
   a) assistenza specialistica di base;
   b) prestazioni diagnostiche;
   c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
   d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.

7. Gli Accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.l.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e pediatri di libera scelta per il rispetto dei livelli di spesa programmati.
   I Livelli di Spesa Programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.
   Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

8. Gli Accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal pediatra convenzionato, anche in forma associata.
   Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui alla alinea precedente.
   Anche ai fini della ristrutturazione del compenso del pediatra, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.

9. Gli Accordi regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale.

10. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale.

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE.

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività dal presente accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del pediatra, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati, sulla base dell'Allegato A1 del presente Accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso, con modalità operative definite nell'ambito degli Accordi regionali.

2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie di cui al comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
a) iscrizione all'albo professionale;
b) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.

3. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Il pediatra che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa di cui all'Allegato A1, l'autocertificazione della iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

6. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predispone una graduatoria regionale da valere per un anno, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito e la residenza.

8. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla Sanità.

10. La graduatoria ha validità di un anno a partire dal 1° gennaio dell'anno al quale è riferita, ed è utilizzata comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità della graduatoria medesima.

11. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali che modifichino le procedure previste dal presente Accordo in materia di attribuzione degli incarichi provvisori, possono predisporre graduatorie per la disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti da parte dei pediatri inseriti nella graduatoria regionale o, in carenza, ove necessario, da parte dei pediatri in possesso dei requisiti previsti dal presente articolo.

ART. 16 - Titoli per la formazione delle graduatorie.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati qui di seguito con l'indicazione del valore attribuito a ciascuno di essi:

I - TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) specializzazioni in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:
Per ciascuna specializzazione..... p. 4,00
b) libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni: ..... p. 2,00
c) specializzazioni in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:
per ciascuna specializzazione o libera docenza ....p. 2,00
d) o libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni: .... p. 1,00
e) specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b):
per ciascuna specializzazione o libera docenza .. ....p. 0,20
f) tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975.................. .. p. 0,30
g) titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della salute o dalla Regione ....p. 0,30

II - TITOLI DI SERVIZIO

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978, e dell'art.8 comma 1 D. L.vo 502/92 e successive. modificazioni compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale) è valutata:
per ciascun mese complessivo .... p. 0,20 (per l'attività sindacale il mese è ragguagliato a 96 ore)
b) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva:
per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività ....p. 0,10 (per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);
c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:
per ciascun mese complessivo .... p. 0,10
d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:
per ciascun mese .... p. 0,05
e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n.38, della legge 10 luglio 1960, n.735, e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430:
per ciascun mese complessivo .... p. 0,10
f) attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:
per ciascun mese complessivo .... p. 0,05

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni sono valutate come mese intero.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso e' valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione, e, infine, la minore età.

5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

ART. 17 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, e' incompatibile qualora il pediatra:
a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, n. 296;
b) eserciti attività che configuri conflitti di interesse con il rapporto di lavoro con il S.S.N. o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitano attività che possano configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato; i rapporti in atto all'entrata in vigore del presente accordo rimangono in essere. Nell'ambito degli Accordi regionali viene regolamentata la possibilità di svolgimento di attività specialistica ambulatoriale nella branca di pediatria, prevedendo la riduzione del massimale individuale di scelte;
d) sia iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni;
e)svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti limiti e deroghe al disposto di cui alla presente lettera;
f)fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
g)operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate;
h)intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 15, octies D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
i)sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
j)fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN, fatta esclusione per i pediatri già titolari di convenzione per la pediatria all'atto del pensionamento.
l) svolga attività di medico specialista accreditato.
2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.L.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 38 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte di familiari in età pediatrica, dei dipendenti delle aziende per le quali opera.
3. L'accertata e contestata situazione di incompatibilità prevista dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui all'art. 30, la cessazione del rapporto convenzionale.
4. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità, anche in corrispondenza della comunicazione del pediatra relative al proprio status convenzionale.
5. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente.
6. Il pediatra e' tenuto a comunicare sollecitamente alla Azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 15, o con la dichiarazione di cui al comma successivo, nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.
7. In ogni caso la Azienda competente o la Regione può richiedere annualmente al pediatra una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato I). Il pediatra nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non e' tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo l'entrata in vigore dell'Accordo nazionale.

ART. 18 - SOSPENSIONE DEL RAPPORTO E DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE.

1. Il pediatra deve essere sospeso dagli incarichi della pediatria di famiglia:
a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 30;
b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
c) per tutta la durata del servizio, nei casi di richiamo alle armi, nonché nei casi di servizio prestato all'estero, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
d) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata ambulatoriale e domiciliare.

2. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del SSN.

3. Il pediatra è sospeso dalle attività di pediatria di famiglia:
a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
b) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del pediatra di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza nel Distretto o nell'ambito delle altre strutture organizzative e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, anche ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale.
c) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale;
d) per inabilità temporanea o permanente che derivi da causa di servizio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque.
e) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 20 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la pediatria di famiglia e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
f) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.

4. Il pediatra di libera scelta ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a 18 mesi nell'arco di cinque anni, per:
a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
b) adozione di minore nei primi 12 mesi dall'adozione;
c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
d)assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.

5. Il pediatra in stato di gravidanza, convenzionato ai sensi del presente Accordo, può richiedere la sospensione dell'attività convenzionale per tutto o per parte del periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti e con sostituzione totale o parziale della propria attività lavorativa.

6. Il pediatra convenzionato ai sensi del presente Accordo, ove non già previsto dai Capi specifici comunica l'assenza dall'attività convenzionale per un periodo non superiore ai 30 giorni lavorativi nell'arco di un anno per ristoro psico-fisico dall'attività lavorativa, con sostituzione a proprio carico.

7. Nei casi di cui ai commi 3, 4, 5, 6, la sospensione dell'attività di pediatria di libera scelta non comporta la sospensione del rapporto convenzionale ne' soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

8. Nei casi previsti dal comma 1 il pediatra deve essere sostituito da un pediatra nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 36 comma 15.

9. Nei casi previsti dai commi 3, 4 , 5 e 6 il pediatra deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 36, comma 1.

10. Il pediatra sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera b) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera d) conserva, in quest'ultimo caso e fino a sentenza definitiva, il diritto a percepire i propri compensi al netto dei compensi spettanti al sostituto ai sensi dell'Allegato F del presente Accordo.

11. I compensi di cui al comma 10 sono erogati fatta salva ogni eventuale azione di rivalsa.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del pediatra. Il pediatra è tenuto ad informare tutte le Aziende nelle quali egli opera della insorgenza di eventuali condizioni comportanti la sospensione dell'incarico, al fine di consentire le relative determinazioni da parte dei rispettivi Direttori Generali.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del pediatra della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

15. Le autorizzazioni di cui alle lettere e) ed f) del comma 3, sono richieste dal pediatra 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta. La mancata risposta entro i termini previsti ha significato di approvazione. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 19 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. Il rapporto tra le Aziende e i pediatri di libera scelta cessa:
   a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del pediatra di libera scelta convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
   b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
   c) per recesso del pediatra da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
   d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
   e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 35;
   f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n. 295/90; il componente della Pediatria di Famiglia, di cui all'art. 1 , comma 3 della Legge citata, è nominato dal Comitato Aziendale;
   g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi Accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30.

2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art. 30:
   a) l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente Accordo e dagli Accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso;
   b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo.

3. Il pediatra che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei pediatri di libera scelta non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 180 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentiti l'interessato e il Comitato di cui all'art. 23.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2, il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo per un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

ART. 20 – FORMAZIONE CONTINUA.

1. La formazione professionale in pediatria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del pediatra e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.

2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. Le stesse possono avvalersi per tali obiettivi anche della collaborazione di società scientifiche o enti accreditati dalle Regioni o dal Ministero della Salute. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.

3. Le Regioni, d'intesa con le OO.SS., possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e enti accreditati dalle Regioni o dal Ministero della Salute per le parti di rispettiva competenza, attività formative del pediatra di libera scelta, nelle seguenti aree:
   a) insegnamento universitario di base pre-laurea
   b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
   c) formazione specifica in pediatria di famiglia
   d) aggiornamento e audit
   e) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.

4. Le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei pediatri di libera scelta che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni, sulla base degli Accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei pediatri di libera scelta mediante adeguati modelli organizzativi, e possono altresì dotarsi o fruire di appositi Centri Formativi Regionali, con l'obiettivo di:
   a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
   b) formare e/o accreditare i pediatri di libera scelta che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
   c) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in pediatria;
   d) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai pediatri di libera scelta.

5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di pediatra di libera scelta ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il pediatra è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 1 del presente articolo.

6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle Regioni e dalle Aziende danno titolo ad un credito formativo. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo 229/99, al pediatra di libera scelta che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30.

8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:
   a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
   b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
   c) all'integrazione tra Territorio ed Ospedale.

9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai pediatri la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.

10. Il pediatra che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

11. Il pediatra ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della pediatria di famiglia, almeno fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.

12. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello aziendale, si svolgono di norma il sabato e per almeno 40 ore annue; tale attività rientra nei compiti retribuiti. L'Azienda, con oneri a proprio carico, adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza durante le ore di aggiornamento, anche con il pagamento della sostituzione da parte dell'azienda medesima.

13. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.

14. Gli Accordi regionali definiscono:
   a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta;
   b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di pediatria di famiglia;
   c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione o dal Ministero della Salute;
   d) i criteri per la individuazione dei docenti di formazione ECM da inserire in apposito elenco;
   e) le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
   f) le attività di sperimentazione e ricerca nella pediatria di famiglia.

15. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 21 - DIRITTI SINDACALI.

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la pediatria di famiglia, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente Accordo e da normative nazionali, regionali o aziendali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi Regionali e le spese di viaggio nelle tipologie e nelle misure previste dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del pediatra.

3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi firmatari del presente accordo, i pediatri nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i pediatri eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore al costo globale orario delle attività orarie di continuità assistenziale previsto dall'accordo per la medicina generale aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente, fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali

4. A titolo di concorso negli oneri collegati allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 6 ore annue per ogni iscritto.

5. La segreteria nazionale o quella regionale del sindacato comunica ogni anno alle Aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità della quota parte di orario spettante, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del sostituto che ha effettuato la sostituzione nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al medico pediatra sostituito sulla base di un compenso orario pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale, aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è direttamente liquidato al medico pediatra sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato, fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.

7. Le somme previste dal presente articolo quali rimborsi spese sono da considerare non soggette a ritenute

ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE.

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni e Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.

2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici pediatri di famiglia convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno.

3. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, mediante comunicazione delle stesse Aziende, la consistenza associativa viene trasmessa alla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), all'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Segreterie Nazionali delle Organizzazioni Sindacali.

4. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale.

5. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente. Non sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo le deleghe a favore di organizzazioni sindacali che richiedono ai lavoratori un contributo economico inferiore a più della metà rispetto a quello mediamente richiesto dalle organizzazioni sindacali di categoria.

6. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3 e 4, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

7. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali o in mancanza a quelli nazionali l'elenco dei pediatri ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.

8. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico pediatra attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato alle OO.SS, secondo le modalità indicate dalle stesse.

9. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.

10. Le Organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla definizione e alla firma degli Accordi regionali.

11. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo regionale.

12. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 6 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli Accordi come tale, è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resti invariata.

ART. 23 - COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna Azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, è costituito un Comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali di cui all'art. 22 comma 11. Composizione, compiti e modalità di funzionamento del Comitato sono definite dagli Accordi regionali.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Il Comitato aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:
a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 38;
b) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 40, comma 4;
c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
d) variazione degli ambiti di scelta;
e) individuazione delle zone disagiate;
f) individuazione delle zone carenti ordinarie;
g) scelte in deroga agli ambiti territoriali;
h) concessioni di ulteriori periodi di sospensione ai sensi del comma 3 lett. e) dell'art. 18

4. Il parere obbligatorio del comitato aziendale deve essere espresso entro 20 giorni dalla richiesta. Superato tale termine il parere si intende espresso positivamente.

5. Inoltre il Comitato aziendale è preposto alla definizione degli Accordi aziendali, ad esprimere ogni altro parere e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dal presente Accordo o da Accordi regionali o aziendali.

6. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato aziendale.

7. E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al comitato.

ART. 24 - COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle Organizzazioni sindacali, domiciliati nella Regione, di cui all'art. 22, comma 10.

2. La composizione del comitato prevede, oltre alla presenza di un rappresentante per ogni sigla sindacale firmataria dell'accordo collettivo nazionale, una quota aggiuntiva di rappresentanti delle stesse OO.SS. firmatarie, definita nell'ambito degli accordi regionali direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, purchè espressione di almeno il 10% del numero complessivo degli iscritti alle OO.SS.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. Il Comitato permanente è preposto:
a) alla definizione degli Accordi regionali;
b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente Accordo e degli Accordi regionali;
c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle Aziende e da pediatri di libera scelta, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.

5. L'attività del Comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle Aziende per l'applicazione dell'Accordo nazionale e degli Accordi regionali ed è sede di osservazione degli Accordi aziendali.

6. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

7. E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al comitato.

ART. 25 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ.

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività Territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:
a) le attività di pediatria di famiglia previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23 maggio 2003 e il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;
b) altre attività territoriali pertinenti la pediatria di famiglia e attività intersettoriali, cui partecipa la pediatria di famiglia, definite dagli Accordi Regionali e Aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la pediatria di famiglia di cui al comma 1, lett. b) del presente articolo sono in particolare:
a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei pediatri di libera scelta;
b) prestazioni aggiuntive dei pediatri di libera scelta, comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
c) servizi di supporto alla attività dei pediatri di libera scelta, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
e) progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
f) progetti a livello di spesa programmato;
g) sviluppo delle forme associative;
h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei pediatri di libera scelta;
i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici e assistenziali;
j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:
a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la pediatria di famiglia non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli Accordi regionali e aziendali;
b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai pediatri di libera scelta;
c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la pediatria di famiglia;
d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del pediatra nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la pediatria di famiglia, da un pediatra di libera scelta membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da un rappresentante dei pediatri di libera scelta eletto tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:
a) l'andamento, per la parte concernente la pediatria di famiglia e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra pediatria di famiglia e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell' art. 14, comma 7.

7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

8. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione di quanto previsto dal presente articolo, secondo il disposto dell'art. 14.

Art. 26 – Equipes Territoriali ed Utap

1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione di équipes territoriali, realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici, dei pediatri e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP) od altre strutture organizzative complesse, strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. Tale modello organizzativo deve prevedere la valorizzazione e la pari dignità di tutti le componenti mediche, nello specifico dell'area pediatrica.

3. L'équipe territoriale è:
a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
b) momento organizzativo della medicina generale, della pediatria di libera scelta e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, dell'UTAP od altra struttura organizzativa complessa intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività delle stesse per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.

6. Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:
a) l'assistenza primaria di pediatria;
b) l'assistenza primaria di medicina generale, compresa la continuità assistenziale;
c) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
d) la medicina dei servizi;
e) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

7. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:
a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
b) tutela della salute dell'infanzia;
c) tutela dei disabili;
d) patologie in fase terminale;
e) patologie da HIV;
f) tutela della salute mentale;
g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

8. L'attività interdisciplinare e integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro:
a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali;
b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto;
c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
e) la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

ART. 27 – APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE.

1. Il pediatra di libera scelta concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:
a) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;
b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
d) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del pediatra di libera scelta si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della AIFA, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto , si applicano le procedure e i principi di cui ai successivi commi.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda

6. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al pediatra per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il pediatra interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al pediatra interessato.

7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;
c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

ART. 28 – ARTICOLAZIONE DEL COMPENSO.

1. Ai sensi dell'art. 8 comma 1, lettera d), del D. L.vo 502/92 come successivamente modificato ed integrato, la struttura del compenso del pediatra di libera scelta così si articola:
a) quota capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente Accordo;
b) una quota variabile in funzione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;
c) una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dal successivo art. 58, e, per quanto di competenza, dagli Accordi Regionali e Aziendali.

ART. 29 - FUNZIONI DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.

1. Il ruolo della Pediatria di famiglia nel SSN è orientato:
   a) ad un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del bambino e dell'adolescente, nel contesto familiare e sociale in cui vive;
   b) alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisionale del pediatra di famiglia in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse;
   c) a garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio ed il coordinamento operativo e la massima integrazione dell'attività professionale tra i pediatri di famiglia e tra essi e gli altri professionisti dell'assistenza territoriale;
   d) a sviluppare la qualità dell'assistenza prestata con l'adozione di linee guida condivise e strumenti del governo clinico, nonché attraverso la compilazione di un libretto sanitario pediatrico individuale.

2. Lo sviluppo condiviso di forme associative, la qualificazione di standard strutturali ed operativi, il raggiungimento di obiettivi favoriscono lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al pediatra famiglia e migliorano la risposta territoriale ai bisogni assistenziali del cittadino.

3. I pediatri associati di cui all'art. 52 sono soggetti qualificati a proporre iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione, nell'ambito degli Accordi regionali e aziendali.

4. I pediatri singoli ed associati, fermo restando l'individualità del rapporto con l'Azienda, fanno parte di centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per partecipare al raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto.

5. Le Aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, con la partecipazione dei pediatri individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e conseguenti livelli di spesa programmati dei pediatri, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento di risultato.

6. Sulla base di Accordi regionali, sono individuate specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione.

7. Il pediatra di libera scelta svolge compiti clinici, assicura la comunicazione con i pazienti e gestisce gli strumenti professionali.

8. I compiti assistenziali del pediatra famiglia sono quelli di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza:
a) gestione del paziente ammalato in condizione acute
b) gestione delle patologie croniche
c) gestione dei pazienti nell'ambito dell'assistenza domiciliare programmata ed integrata

ART. 30 - RESPONSABILITÀ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI. COLLEGIO ARBITRALE.

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del pediatra le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Per la valutazione delle violazioni delle norme di cui al presente Accordo e degli Accordi regionali ed Aziendali, è istituita una Commissione regionale paritetica permanente, denominata Collegio arbitrale, composta da:
  a) un Presidente, nominato dall'Assessore alla Sanità, o organo competente, e scelto tra una rosa di tre rappresentanti indicati dall'ordine degli avvocati del capoluogo di Regione;
  b) tre componenti di parte pubblica nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o organo competente;
  c) tre componenti di parte medica, di cui due designati dalle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentativi, tra i pediatri di libera scelta della Regione ed uno designato dall'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione con funzione di vicepresidente.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale.

4. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:
  a) richiamo verbale;
  b) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

5. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al pediatra, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il pediatra ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede.

6. Il Direttore Generale o suo delegato, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione di cui al comma 4. Il provvedimento e' notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.

7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:
  a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;
  b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
  c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 19, comma 1 lettera g) e comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

8. Le violazioni di cui al precedente comma 7, sono di competenza del Collegio di cui al comma 2, previa istruttoria da parte dell'Azienda.

9. Il Collegio è nominato con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle Organizzazioni sindacali del presente Accordo, entro un termine da essa stabilito.

Trascorso tale termine, in caso di mancata designazione unitaria da parte delle Organizzazioni sindacali, la Regione provvede direttamente a nominare i componenti anche di parte sindacale tra quelle firmatarie del presente accordo.

10. In caso di mancata indicazione dei componenti di parte sindacale, la Regione provvede autonomamente con nomina tra i pediatri convenzionati della Regione.

11. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al pediatra, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e chiede al Collegio arbitrale l'apertura di un procedimento a carico del pediatra quando le sanzioni comminabili siano quelle previste al comma 7.

12. Il Presidente, ricevuta la notifica dell'Azienda, convoca il collegio entro 10 giorni, per la discussione del caso. Il Collegio, a sua volta, convoca il pediatra a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 20 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito da parte della Azienda.
Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione o non si presenti innanzi al Collegio, quest'ultimo dà corso comunque alla valutazione del caso.

13. Le parti possono richiedere al Collegio di essere sentite in merito al caso in oggetto, eventualmente producendo i documenti o le memorie ritenute più appropriate, anche attraverso l'assistenza di un procuratore.

14. Il Collegio può deliberare di udire le parti singolarmente o in contraddittorio al fine di pervenire ad un giudizio appropriato sul caso in esame, anche su richiesta di una delle parti.

15. Il Collegio, valutate le controdeduzioni eventualmente addotte dal pediatra in sede di difesa procede all'archiviazione del caso o alla proposta di sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione.

16. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio arbitrale si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

17. Il procedimento di cui al presente articolo deve concludersi entro 180 giorni dalla contestazione dell'addebito al pediatra. Trascorso tale termine il procedimento si estingue.

18. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del pediatra, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.

19. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 7, lett. b), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto e al sostituito secondo quanto previsto dal comma 2 dell'Allegato F.

20. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi: un anno per quelle di cui al comma 2 e due anni per quelle di cui al precedente comma 7, dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dai fatti.

21. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

Art. 31 - Esercizio del Diritto di Sciopero. Prestazioni Indispensabili e loro Modalità di Erogazione.

1. Il diritto di sciopero delle Organizzazioni sindacali dei pediatri di libera scelta convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le Organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.

2. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli nazionale, regionale, aziendale.

3. Sono prestazioni indispensabili di assistenza della pediatria di famiglia, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/2000 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

4. Le prestazioni di cui al comma 3, in caso di sciopero della categoria dei pediatri di libera scelta convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi articoli del presente Accordo e fino all'entrata in vigore degli Accordi regionali.

5. Il pediatra convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

6. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale. Sono fatte salve modalità diverse concordate a livello regionale, al fine di garantire ai cittadini i servizi essenziali e le prestazioni urgenti.

7. I pediatri di libera scelta che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 30.

8. Le Organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

9. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

10. Per l'area della pediatria di famiglia, l'individuazione del contingente di pediatri da esonerare dalla partecipazione agli scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni, si realizza nell'ambito delle sperimentazioni regionali di strutture operative composte, con sede unica, ai sensi dell'art. 26.

11. Per la effettuazione delle prestazioni professionali indispensabili, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuto ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto dai relativi articoli del presente Accordo, percentuale da definirsi in sede di Accordo Regionale.

12. E' fatto divieto, al pediatra in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per la effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui al comma 3.

13. La comunicazione di cui al comma 5 non è dovuta, da parte dei pediatri iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;
b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

14. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

15. La trattenuta dei compensi di cui ai commi 6 e 14 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

16. Il pediatra iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 5.

ART. 32 - RAPPORTO OTTIMALE

1. La libera scelta del pediatra avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione.

2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria pediatrica è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.

3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti. L'ambito di scelta deve essere di norma intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative.

4. Ciascuna Azienda cura la tenuta degli elenchi dei pediatri di libera scelta per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del pediatra da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.

5. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri.

6. Il pediatra operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che deve essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte su tutto il territorio comunale, ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

7. La determinazione del numero dei pediatri iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i pediatri iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 600 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di pediatri nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.

8. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti, o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto pediatra/popolazione assistibile. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali.

9. In mancanza di accordo regionale, le Regioni possono definire una disciplina diversa che consenta la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica e la libera scelta dell'assistito nell'elenco dei pediatri, prevedendo l'inserimento graduale di nuovi pediatri convenzionati sul territorio, previo confronto con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale.

10. Nella determinazione del numero dei pediatri iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 38 a carico dei singoli pediatri già iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato C

11. Ai fini della determinazione dei pediatri iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui all'art. 43 comma 5, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 8) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del pediatra in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 300 assistiti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi dell'art. 33 comma 1, sentito il Comitato Aziendale deve esser comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi pediatri inseriti.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. In caso di modifiche di ambito territoriale il pediatra conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 8, nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai pediatri già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

ART. 33 - COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI.

1. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende nel rispetto di quanto previsto dall'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda indica il comune o la zona in cui deve essere assicurato un congruo orario di assistenza.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:
a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare.

b) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

3. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i pediatri di cui al comma 2 lett. b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15;
b) attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
c) attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

4. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun pediatra concorrente l'ambito o gli ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

5. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 2 sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

6. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i pediatri di cui al comma 2, lett. a) in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia; laddove risulti necessario, interpella successivamente i pediatri di cui al comma 2, lett. b), in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 3.

7. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lett. a), è determinata sommando:
a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia della Regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;

b)l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).

8. È cancellato dalla graduatoria regionale valida per l'anno in corso, il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 1.

9. Il pediatra che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 2 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

10. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

11. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda, può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

12. La indicazione di cui al comma 11 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di pediatria di famiglia nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del pediatra interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

13. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.

14. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "I".

15. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, dei pediatri aventi titolo, secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato Regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

16. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

17. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

18. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 2 lettera a) ad un pediatra proveniente da altra Regione comunica alla Regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 9.

19. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

20. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

ART. 34 - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. Il pediatra interpellato ai sensi dell'art. 33 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale mediante raccomandata con avviso di ricevimento. L' accettazione del medesimo da parte del pediatra dovrà essere comunicata entro i successivi 7 giorni dalla notifica, pena la decadenza. L'incarico è condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3.Dalla data di accettazione decorre il termine di 90 giorni previsto al comma successivo.

3. Entro i 90 giorni successivi all' accettazione di cui al precedente comma 2, il pediatra, a pena di decadenza, deve:
- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 33 comma 11, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 35 e darne comunicazione alla Azienda;
- eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
- comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.

4. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 9, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

5. Il pediatra al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.

6. Al pediatra è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, escluso il caso di cui all'art. 32, comma 14.

7. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

8. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato di cui all'art. 23, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

9. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 35 e ne notifica i risultati al pediatra interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il pediatra decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

10. Le procedure di cui al comma 9 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori studi professionali, per l'espletamento dell'attività convenzionata di cui al presente

Accordo, nel contesto del medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per la pediatria di famiglia in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

11. Al fine di favorire l'inserimento di pediatri negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda può, su richiesta del pediatra, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali.

12. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il pediatra può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 23 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

13. Al pediatra al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di pediatria di famiglia nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il pediatra è iscritto, salvo diversi accordi regionali.

14. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, l'orario di studio complessivo, come determinato sulla base di quanto disposto dall'articolo 35 del presente Accordo, può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.

ART. 35 - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio del pediatra di libera scelta è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del pediatra, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, ciascun pediatra deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del pediatra di libera scelta, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno studio professionale privato che deve possedere i requisiti previsti dai commi che seguono.

2. Lo studio del pediatra convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della pediatria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate , fatte salve le autorizzazioni già concesse.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati, fatte salve le autorizzazioni già concesse

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del pediatra iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

 5 ore settimanali fino a 250 assistiti.
 10 ore settimanali da 251 a 500 assistiti.
 15 ore settimanali da 501 a 840 assistiti.

Superato il numero di 840 assistiti, gli accordi regionali definiscono le eventuali ulteriori aperture degli ambulatori.
L'orario di studio è definito dal pediatra anche in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco e alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere, previo parere del Comitato aziendale, di cui all'art. 23, la revisione dell'orario.
I pediatri che aderiscono a forme associative sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le diverse tipologie di associazione.

6. L'Azienda ha il compito di verificare l'applicazione del disposto di cui al precedente comma 5.

7. L'orario con il nominativo del pediatra, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

8. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

9. Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

ART. 36 – SOSTITUZIONI.

1. Il pediatra titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il medico sostituito comunica, insieme alla dichiarazione di assenza dal servizio, la motivazione della stessa.

2. Il pediatra sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 17.

3. Nella nomina del proprio sostituto, il titolare deve avere cura di scegliere per i propri assistiti un pediatra, ovvero, qualora condizioni oggettive non lo consentano, un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale.

4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del pediatra sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo. Il sostituto deve inoltre dichiaratamente garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del pediatra sostituito.

5. Nel caso di sostituzione tra pediatri di libera scelta già titolari di incarico, il sostituito dovrà comunicare adeguatamente ai propri assistiti le modalità della sostituzione secondo le modalità organizzative del pediatra di libera scelta che effettua la sostituzione.

6. Negli altri casi il pediatra sostituito deve provvedere ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.

7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del pediatra sostituito durante la sostituzione.

8. Alla sostituzione del pediatra sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 15.

9. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al pediatra sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del pediatra di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del pediatra incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.

10. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del pediatra nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli Accordi Regionali e da quelli Aziendali.

11. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

12. Gli Accordi regionali definiscono le diverse modalità di corresponsione dei compensi, in caso di sostituzione effettuata da medico sprovvisto di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al pediatra che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.

14. I rapporti economici tra pediatra sostituito e pediatra sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera F, nel rispetto della normativa fiscale.

15. Il pediatra che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto individuandolo tra i pediatri inseriti nella graduatoria di cui all'art. 15, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i pediatri residenti nell'ambito di iscrizione del pediatra sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al pediatra sostituto.

16. Tranne che per i motivi di cui all'art. 18, commi 1, 2, 3 e 4, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art.23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

17. Quando il pediatra sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

18. In caso di decesso del pediatra convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il pediatra fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al pediatra deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore a sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

ART. 37 - INCARICHI PROVVISORI.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini un carenza alla assistenza pediatrica, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 23, può conferire un incarico temporaneo ad un pediatra, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente.

2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a dodici mesi cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il pediatra avente diritto all'inserimento. Al pediatra di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 58, lettera "A", commi 1 e 9.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale, con i criteri di cui al comma 1.

5. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli pediatri iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 180 unità. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 39, comma 12.

ART. 38 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI

1. I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità, fatte salve le deroghe previste ai commi successivi.

2. Gli Accordi regionali definiscono limiti e modalità di eventuali deroghe al massimale nazionale, anche al fine di incentivare la pediatria di gruppo e l'attivazione dei gruppi di cure primarie.

3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato.

4. Nei confronti del pediatra che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dal presente Accordo, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, sulla base del disposto del successivo comma 5.

5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i pediatri soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili di cui al precedente comma 4 e per attività di libera professione strutturata, di cui all'art. 57, si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 800 scelte per 40 ore settimanali. L'impegno orario per attività compatibile o per attività libero-professionale non può determinare una riduzione del massimale inferiore a 600 scelte.

6. Le Aziende possono autorizzare i pediatri ad autolimitare il proprio massimale, in misura non inferiore al rapporto ottimale di cui agli Accordi regionali, come previsto all'articolo 32, comma 8. I pediatri interessati devono presentare apposita richiesta all'Azienda prevedendo un periodo minimo di 12 mesi tra la data di presentazione e l'inizio dell'autolimitazione. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile, prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.

7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal pediatra interessato al disposto del precedente comma 6 entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne da comunicazione al pediatra interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo.

8. Tenuto conto della peculiarità della normativa convenzionale ed in particolare a favore dei neonati ai sensi del comma 4 dell'art. 42, è consentita l'attribuzione di scelte riferite a neonati, anche in deroga al massimale individuale, entro il 10% del massimale di cui al comma 1.

9. La scelta relativa ad assistiti in età pediatrica, appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica può essere effettuata in favore dello stesso pediatra, anche in deroga al massimale individuale di cui al comma 8.

10. Le scelte temporanee di cui all'articolo 39, commi 7 e 11 non concorrono alla determinazione del massimale individuale.

11. In ogni caso, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica, il pediatra che abbia raggiunto e superato il proprio massimale o quota individuale può acquisire nuove scelte con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.

12. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del pediatra, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

13. Non concorrono alla determinazione del massimale gli assistiti ultraquattordicenni e fino al compimento del sedicesimo anno di età, affetti da patologie croniche e gli assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca da un altro pediatra, in ambiti territoriali laddove tutti i pediatri abbiano raggiunto il massimale di cui al comma 1.

ART. 39 - SCELTA DEL PEDIATRA

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto con il pediatra sono fondati sull'elemento fiducia.

2. Il rapporto di fiducia si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra pediatra e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le OO.SS. maggiormente rappresentative, una corretta informazione ai cittadini sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del pediatra e, a margine della scelta effettuata, promuovono la informazione sull'organizzazione dei servizi aziendali e sulle modalità organizzative della pediatria di famiglia, mediante consegna della Carta dei servizi.

3. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini, sul curriculum formativo e professionale del pediatra, sulle caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.).

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. La scelta del pediatra di fiducia, da operarsi da parte dei genitori o da chi ne fa le veci, avviene tra i sanitari iscritti nell'elenco riferito all'ambito territoriale in cui e' compresa la residenza dell'avente diritto. La scelta è annotata sul documento personale di iscrizione dando specifica evidenza alla qualifica di pediatra.

6. Il pediatra iscritto negli elenchi acquisisce le scelte relative ad assistiti dalla nascita fino al compimento del sesto anno di età e può acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età.

7. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno.

8. La scelta di cui al comma 7 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
Il pediatra è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.

9. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 23 e acquisita l'accettazione del pediatra di nuova scelta, consente che la scelta sia effettuata in favore di un pediatra iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente o quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

10. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

11. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al pediatra della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

12. Nella ipotesi di ambito territoriale in cui insistano assistiti in età pediatrica in numero non sufficiente a determinare una zona carente le scelte possono essere attribuite a:
a) pediatri iscritti nell'elenco dello stesso ambito territoriale o, in subordine, in un ambito limitrofo con le procedure e modalità di cui al comma 13 anche oltre il massimale;
b) nel caso di indisponibilità dei pediatri o inadeguatezza dei rimedi di cui alla precedente lettera a) le scelte possono essere temporaneamente assegnate al medico iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale per l'assistenza primaria.

13. Le scelte di cui al comma 12 vengono iscritte in separato elenco.
Qualora venga inserito un pediatra l'Azienda notifica ai rappresentanti legali dei bambini in età di esclusiva inseriti nell'elenco e al medico che li assiste, l'obbligo di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 giorni per la sua effettuazione. Da tale data le scelte in carico al medico decadono.

14. Con l'inserimento di un nuovo pediatra in un ambito carente non verranno più attribuite scelte al pediatra con deroga del massimale.

ART. 40 - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito effettua una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra pediatra revocato e pediatra scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

3. Il pediatra che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

4. Non è consentita la ricusazione quando nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro pediatra, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi dall'Azienda.

5. I pediatri che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima .

ART. 41 - REVOCHE D'UFFICIO

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al pediatra dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, –fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

2. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta, il pediatra è tenuto comunque alla assistenza del cittadino fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

3. Differenti modalità di gestione delle scelte temporaneamente sospese possono essere concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al pediatra interessato la cancellazione per decesso tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento.

5. In caso di trasferimento di residenza ad altra Azienda, quella presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.
Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio.

6. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al pediatra tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.

7. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

8. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso pediatra. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al pediatra interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

9. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, l' Azienda è tenuta ad inviare al pediatra interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca con la decorrenza della revoca medesima.

10. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio alla data del compimento del quattordicesimo anno di età e' comunicata in tempo utile, alla famiglia dell'assistito. Su richiesta del genitore e previa accettazione del pediatra, possono essere riconosciute come condizioni idonee al prolungamento dell'assistenza e comunque non oltre il compimento del 16° anno di età, la presenza di:
- patologia cronica o handicap
- documentate situazioni di disagio psico-sociale

ART. 42 - SCELTA, REVOCA, RICUSAZIONE: EFFETTI ECONOMICI.

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese.

2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del pediatra o da cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.

3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del pediatra produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.

4. Per i nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra in regime convenzionale e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento della effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data della decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

5. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, qualora sia realizzabile in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.

6. Modalità differenti di gestione delle operazioni di scelta e revoca e di aggiornamento degli elenchi degli assistiti e delle comunicazioni ai medici sono oggetto di contrattazione regionale.

ART. 43 – ELENCHI NOMINATIVI E VARIAZIONI MENSILI.

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai pediatri l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.

2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli pediatri le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti su supporto magnetico, a richiesta del pediatra e senza alcun onere a suo carico.

5. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di pediatri convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell' art. 39 comma 9, del presente Accordo.

6. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di pediatri, secondo quanto disposto dall'articolo 32, comma 11 del presente Accordo.

ART. 44- COMPITI DEL PEDIATRA.

1. Le funzioni ed i compiti individuali del pediatra di libera scelta sono così individuati:
   a) gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute, rivolti alla tutela globale del bambino.
   b)gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza ambulatoriale domiciliare programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa in collegamento se necessario con l'assistenza sociale secondo gli allegati "E" ed "E bis";
   c)assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli Accordi regionali.

2.L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con:
a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita del bambino, con il supporto attivo delle unità ospedaliere e distrettuali per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;
b)le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico, ivi comprese le prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche;
c)il consulto con lo specialista e l'accesso del pediatra di libera scelta presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi in quanto attengono alla professionalità del pediatra di libera scelta;
d)la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale, su supporto informatico, ad uso del pediatra e ad utilità dell'assistito e del SSN, che raccoglie anche le informazioni registrate nel libretto sanitario dell'assistito, secondo standard e modalità definiti nell'ambito degli Accordi regionali e tenuto conto della normativa nazionale, anche con riferimento alla Carta nazionale dei servizi prevista dal comma 9 art. 52 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quando previsto dall'art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326;
e)la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del pediatra e dei cittadini;
f)la partecipazione alle forme organizzative territoriali e l'aggregazione in centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per specifici obiettivi del Distretto, con le modalità e secondo quanto disposto dal successivo comma 3;
g)le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
h)la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c) ed all'allegato H
i)le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;
j)lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale, (con idoneo supporto delle Aziende) incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti delle famiglie dei minori anche attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare l'osservanza del comportamento e degli stili di vita con particolare riferimento all'educazione alimentare e all'attività motoria;
k) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;
l)l'adesione ai programmi di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;

m)la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;
n)le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B;
o)l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali;
p)le visite occasionali, secondo l'art. 56, comma 4;
q) osservanza e rilevazioni di reazioni indesiderate post-vaccinali;
r) i programmi di monitoraggio degli obiettivi di salute enunciati da Piano Sanitario Nazionale, con particolare riferimento ad interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive, il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie;
s) progetto salute infanzia di cui all'allegato L;
t) collaborazione informatica;
u) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali e aziendali.

3. In merito a quanto previsto dal precedente comma 2, lettera f) sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative: funzionali e strutturali. La prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi equipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria e remunerata in quota capitaria, mentre le conseguenti attività sono remunerate sulla base degli Accordi regionali. La seconda si realizza in presenza di medici associati in gruppo, UTAP o altre forme organizzative complesse delle cure primarie e necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale. Gli accordi regionali ne definiscono modelli organizzativi, caratteristiche di attività e modalità di remunerazione.

4. Sono, inoltre, obblighi e compiti del pediatra:
a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;
b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
   - l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
   - la donazione di sangue, plasma e organi;
   - la cultura dei trapianti;
   - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
   - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
   - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 45 – Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza

1. E' istituito in ogni singola Regione un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'art. 58 lettera B.

2. Il fondo è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità della pediatria di libera scelta.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto definito dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 46 - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI

1. L'attività medica viene prestata nello studio del pediatra. Qualora le condizioni cliniche non consentano la trasferibilità dell' ammalato, l'attività medica viene prestata a domicilio del paziente.

2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, pediatria di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.

3. La visita domiciliare (qualora ritenuta necessaria da parte del pediatra) deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. E' a cura del pediatra di libera scelta la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.

4. A cura della Azienda e del pediatra di libera scelta tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.

5. La richiesta di prestazione urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i pediatri di libera scelta che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.

6. Nelle giornate di sabato il pediatra non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

7. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

8. Gli Accordi regionali possono disciplinare, per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari e dell'accesso agli studi professionali, collegate alla reperibilità del pediatra, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari.

ART. 47 - CONSULTO CON LO SPECIALISTA.

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal pediatra di libera scelta qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal pediatra presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del pediatra di libera scelta, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il pediatra e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.

5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il pediatra di libera scelta che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

6. I pediatri che operano in forme associative complesse (equipe territoriali e pediatria di gruppo), in Unità di cure primarie (UTAP) o altre strutture organizzative complesse possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standard definiti dalle legge, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali.

ART. 48 – RAPPORTI TRA IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA E L'OSPEDALE.

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il pediatra di libera scelta, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitava, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le Aziende Sanitarie Locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al pediatra di libera scelta la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le Regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.

2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art.51, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

a) l'accesso del pediatra di libera scelta ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
b) le modalità di comunicazione tra ospedale e pediatra di libera scelta in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;
d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

3. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il pediatra di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissione contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente.

4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.

5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col pediatra di libera scelta gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

6. In ogni caso il pediatra di libera scelta nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i pediatri di libera scelta convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai pediatri di libera scelta presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati di cui all'art. 22, comma 11 e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.

10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del pediatra di libera scelta ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

ART. 49 ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO.

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 10, della legge 24.12.1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni.

2. Il pediatra può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei pediatri e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

4. Il pediatra è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con Accordi regionali.

5. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del pediatra di libera scelta alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalità organizzative fissate dalla Regione.

6. La prescrizione farmaceutica è di norma erogata dal pediatra di libera scelta, salvo quanto previsto dalle norme regionali ai sensi dell'art. 50 della legge 326/2003.

7. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del SSN può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del pediatra di libera scelta.

ART. 50 - RICHIESTA DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI RICOVERO O DI CURE TERMALI.

1. Il pediatra, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 47.

3. Il pediatra può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al pediatra curante".

5. Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del pediatra curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge 326/2003

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del pediatra curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, neuro-psichiatria infantile, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6 e nel rispetto del disposto della legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al pediatra di libera scelta.

8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal pediatra di libera scelta (allegato D) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

10. Il modulario di cui all'art. 49, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il pediatra annota la diagnosi del soggetto.

11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal pediatra di libera scelta e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del pediatra stesso sul modulario del SSN.

ART. 51 – ASSISTENZA DOMICILIARE.

1. L'assistenza a bambini con patologia cronica si esplica con le seguenti modalità:
   a) assistenza domiciliare integrata (vedi allegato E)
   b) assistenza domiciliare programmata (vedi allegato E)
   c) assistenza ambulatoriale programmata (vedi allegato E bis)

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1 è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere E) e E bis) del presente Accordo e fino a che essi non siano sostituiti da protocolli definiti nell'ambito degli Accordi regionali, secondo il disposto del successivo comma 3.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli interventi, degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 52 - FORME ASSOCIATIVE.

1. Il presente articolo disciplina le attività dei pediatri di libera scelta convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e pediatra di libera scelta i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia possono concordare e realizzare forme di lavoro associativo, secondo le modalità, i principi e le tipologie indicate ai commi successivi e negli Accordi Regionali ed Aziendali.

2. Le forme associative oggetto del presente Accordo sono:
a) la pediatria di gruppo;
b) la pediatria in associazione;
c) la pediatria in rete.

3. Le forme associative sono finalizzate a:
a) erogare prestazioni di tipo diagnostico, preventivo, terapeutico e di educazione sanitaria;
b) erogare assistenza riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra pediatri di libera scelta ed altre categorie mediche;
d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei pediatri di libera scelta con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle equipe territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei pediatri di libera scelta, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i pediatri associati svolgono a rotazione attività concordate;
f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica.

4. L'associazione può partecipare allo svolgimento delle attività e compiti previsti dagli Accordi regionali.

5. All'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Direttore del distretto e con la componente rappresentativa della pediatria di libera scelta nell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali: oltre che di rappresentanza organizzativa nei confronti dell'Azienda.

6.L'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale.

7. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al comma 2 ed ai commi successivi i pediatri di libera scelta che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 57, comma 7.

8. La pediatria di gruppo, di cui al comma 2 lettera a), si caratterizza per i seguenti requisiti, fatto salvo diverse determinazioni regionali:
a) l'associazione e' libera, volontaria e paritaria;

b) l'Accordo, che costituisce la pediatria di gruppo e' liberamente concordato tra i pediatri partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici; i pediatri aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai genitori degli iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
c) i compensi relativi all'attività della pediatria di gruppo competono al pediatra dalla data di effettivo inizio dell'attività che si intende iniziata non prima della data di deposito presso l'Azienda dell'atto di cui al punto b) del presente articolo;
d) del gruppo possono far parte soltanto pediatri che svolgono in modo esclusivo l'attività di pediatra convenzionato, nello stesso ambito territoriale di scelta determinato dalla Regione:
e) la sede della pediatria di gruppo e' unica, articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli pediatri possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della pediatria di gruppo;
f) del gruppo fanno parte due o più pediatri di libera scelta;
g) ciascun pediatra può far parte soltanto di un gruppo;
h) ciascun partecipante al gruppo e' disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun pediatra pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
i) deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;
j) in ogni caso deve essere assicurata dai pediatri del gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno cinque ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio secondo un congruo orario determinato dai pediatri in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 35, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei pediatri associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il pediatra;
k) a ciascun pediatra del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui e' titolare;
l) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del pediatra scelto, salvaguardando in ogni caso la possibilità di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
m) ciascun pediatra aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il pediatra sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
n) all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per sostituzioni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità, purché dette sostituzioni non comportino disservizio nell'erogazione dell'assistenza;
o) i pediatri della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più pediatri della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
p) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo;

q) devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obbiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito.

9. La pediatria di gruppo si caratterizza inoltre per:
a) l' utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
b) l' utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
c) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
d) l' utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
e) l' utilizzo da parte di ogni pediatra di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa.

10. La pediatria in associazione, di cui al comma 2, lett. b), fatta salva diversa disciplina regionale, deve prevedere i seguenti requisiti:
- distribuzione territoriale degli studi coerente con l'articolazione territoriale del distretto;
- l'associazione può essere composta da due o più pediatri o da due o più gruppi operanti nello stesso ambito e l'aggregazione comporti un evidente miglioramento delle prestazioni erogate;
- e' possibile l'associazione di uno o più pediatri con medici di medicina generale;
- più associazioni possono coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dagli Accordi nazionale, regionale od aziendale;
- apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle ore 19;
- disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili;
- la condivisione ed implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

11. Le Regioni al fine di favorire la realizzazione di forme di maggior fruibilità ed accessibilità dei servizi e delle attività dei pediatri di libera scelta da parte degli assistiti, possono prevedere, con gli Accordi regionali, l'attuazione di forme organizzative che, nell'ambito dell'associazione, individuino uno studio nel quale i pediatri associati svolgono, a rotazione, attività concordate.

12. La pediatria in rete, di cui al comma 2 lett. c), si caratterizza, fatte salve diverse determinazioni regionali, quale modulo complementare non sostitutivo rispetto alla pediatria di gruppo ed in associazione e ad esse collegato per consentire un livello superiore di comunicazione di dati ed informazioni sanitarie tra pediatri e tra questi ultimi e le strutture distrettuali e/o ospedaliere pubbliche e accreditate.

13. La pediatria di rete si caratterizza per i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi non vincolati a sede unica coerente con l'articolazione territoriale del distretto;
- fatto salvo il principio della libera scelta, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico;
- gli studi in rete sono collegati fra loro con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- utilizzo da parte di ogni pediatra di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonche' per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
- chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00.

14. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 53 - INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.

1. Il pediatra di libera scelta sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, nonché a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.

2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col pediatra di libera scelta dell'assistito.

ART. 54 - COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Il pediatra di libera scelta valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisio-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

2. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei pediatri di libera scelta, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. Nel caso di attività in forma associativa in equipe, unità di cure primarie, UTAP o altre strutture organizzative complesse, i medici di continuità assistenziale, hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di assistenza dell'Azienda di riferimento.
Tale accesso è passivo e attivo nei limiti delle relative responsabilità professionali.

4. Tutti i medici della forma associativa di cui al comma 3 hanno il dovere di tracciare il proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica.

ART. 55 - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, si stabilisce che la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti disciplinata dell'Accordo Nazionale per la medicina generale, si estende anche agli assistibili in carico ai pediatri.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Gli Accordi regionali possono prevedere, d'intesa con le OO.SS. dell'area pediatrica, la partecipazione dei pediatri disponibili alle attività di continuità assistenziale e di assistenza ai turisti.

4. Al fine di assicurare il completamento e l'integrazione dell'assistenza primaria pediatrica, la continuità assistenziale può essere garantita da appositi servizi nel cui ambito possono partecipare su base volontaria e con accordi da definire a livello regionale e/o aziendale anche pediatri di libera scelta convenzionati e pediatri inclusi nella graduatoria regionale pediatrica.
Forme di continuità assistenziale possono comunque essere concordate a livello regionale e/o aziendale ed effettuate da gruppi od associazioni di pediatri convenzionati.

ART. 56 - VISITE OCCASIONALI.

1. I pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I pediatri tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei soggetti in età pediatrica che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrano all'opera del pediatra. Il pediatra e' tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta, indicando la residenza dell'assistito.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:
- visita ambulatoriale: €. 25,00
- visita domiciliare: €. 35,00

4. Al pediatra convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il pediatra notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato **B** su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e nell'ambito degli Accordi Regionali, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al pediatra interessato da parte delle Aziende. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.

ART. 57 - LIBERA PROFESSIONE.

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.

2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli articoli 29 e 44 del presente Accordo, nonché degli Accordi regionali ed aziendali, al pediatra iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei pediatri eventualmente operanti nella medesima forma associativa.

3. Si definisce attività libero professionale:
a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito;
b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso, di norma al di fuori degli orari di apertura dello studio.

4. Al fine di eventuali limitazioni di massimale e per il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo, il pediatra che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalità di esercizio dell'attività libero professionale:
a) la data di avvio;
b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata;
c) i giorni e gli orari di attività;
d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;
e) la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del pediatra, nello studio e al domicilio del paziente.

6. L'attività libero professionale strutturata, comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 4 dell'art. 38. Tale limitazione è pari a 20 scelte per ogni ora, di impegno settimanale

7. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 800 scelte per 40 ore settimanali. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali entro i limiti previsti dal comma 5, non comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 6.

8. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal pediatra di libera scelta non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.

9. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, i pediatri iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:
a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli articoli 29 e 44, del presente Accordo;
b) prestazioni professionali, anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non esplicitamente previste fra le prestazioni

aggiuntive di cui all'allegato B o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da Accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati di cui all'art. 22 commi 10 e 11;

c) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive;

d) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

L'attività specialistica non pediatrica eventualmente svolta dal pediatra nei confronti dei propri assistiti non può essere considerata libera professione se inquadrabile nelle normali visite ambulatoriali anche se mirata a particolari organi od apparati.

10. Il pediatra che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dall'art. 14, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 19 comma 2 del presente Accordo.

11. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al pediatra, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 14, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

12. Ai pediatri che non esercitano attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti è riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivati previsti dal presente Accordo.

13. Nell'ambito dell'attività libero professionale il pediatra di libera scelta può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

14. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 58 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. In attuazione di quanto previsto all'art. 9 del presente Accordo, tenuto conto che il distretto deve assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (art. 3 quater del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra il pediatra di libera scelta, i medici di assistenza primaria, i servizi di continuità assistenziale ed i presidi specialistici ambulatoriali, nonché con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate (art. 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni) e che il "Programma delle attività territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche, anche l'erogazione della pediatria di libera scelta e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei medici pediatri convenzionati, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in:

a) quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di percorsi ed obiettivi concordati e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaborazione di studio medico, l'indennità di personale infermieristico;

c) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza domiciliare e ambulatoriale al cronico, vaccinazioni, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Gli accordi regionali, possono definire eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari.

Gli accordi regionali devono essere stipulati nei modi e nei tempi previsti dagli artt. 4 e 10 del presente Accordo.

A – QUOTA CAPITARIA.

1. Ai pediatri di libera scelta incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto, dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di Euro 79,17.

2. Dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di specializzazione del pediatra, questo è trasformato, limitatamente ai pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore del presente Accordo, in assegno individuale non riassorbibile.

L'importo di tale assegno è determinato dalla moltiplicazione del numero totale degli assistiti in carico per il valore tabellare definito dall'incrocio tra l'anzianità di specializzazione maturata del medico e la fascia determinata dal numero di assistiti in carico, secondo la seguente tabella:

Ad personam	**OLTRE 2 FINO A 9 ANNI**	**OLTRE 9 FINO A 16 ANNI**	**OLTRE 16 FINO A 22 ANNI**	**OLTRE 22 ANNI**
fino a 250 assistiti	**26,16**	**30,10**	**34,03**	**37,96**
fino a 275	**21,97**	**25,91**	**29,84**	**33,78**
fino a 300	**19,71**	**23,65**	**27,59**	**31,52**
fino a 325	**18,32**	**22,26**	**26,19**	**30,13**
fino a 350	**16,65**	**20,59**	**24,52**	**28,45**
fino a 375	**15,64**	**19,58**	**23,52**	**27,45**
fino a 400	**14,35**	**18,29**	**22,22**	**26,16**
fino a 425	**13,60**	**17,54**	**21,47**	**25,41**
fino a 450	**12,56**	**16,50**	**20,43**	**24,37**
fino a 475	**11,98**	**15,92**	**19,86**	**23,79**
fino a 500	**10,89**	**14,83**	**18,77**	**22,70**
fino a 525	**9,86**	**13,80**	**17,73**	**21,66**
fino a 550	**8,91**	**12,85**	**16,79**	**20,72**
fino a 575	**8,05**	**11,99**	**15,93**	**19,86**
fino a 600	**7,27**	**11,20**	**15,14**	**19,07**
fino a 625	**6,54**	**10,48**	**14,41**	**18,35**
fino a 650	**5,87**	**9,81**	**13,74**	**17,68**
fino a 675	**5,25**	**9,19**	**13,12**	**17,06**
fino a 700	**4,67**	**8,61**	**12,55**	**16,48**
oltre 700	**4,14**	**8,07**	**12,01**	**15,94**

3. I Medici di cui al precedente comma hanno diritto, fino alla cessazione del rapporto convenzionale, ed anche in caso di trasferimento, all'assegno individuale, così come determinatosi al 31.12.2005, calcolato in base al carico assistenziale ed all'anzianità di specializzazione maturata nel secondo semestre 2005;

4. Con decorrenza dal 1 gennaio 2004 è istituito, in ogni ASL, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, non riassorbibile, pari a 2,03 euro annue per ogni assistito. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annue dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annue dal 31.12.2005, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 della prima parte del presente accordo;

5. Questo fondo si arricchirà anche con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici;

6. Dal 1.1.2004 tutti i pediatri di libera scelta convenzionati a tempo indeterminato ai sensi del presente accordo partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, mediante attribuzione di una quota capitaria definita dagli accordi regionali

7. Per il 2004 e fino alla definizione dei nuovi accordi regionali a ciascun medico già titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato è riconosciuta una quota capitaria di ponderazione pari a 2,03 Euro annue per assistito fino al 31 dicembre 2004, pari a 2,58 Euro annue dal 1.1.2005 e pari a 3,08 Euro annue dal 1.1.2006;

8. A ciascun pediatra di libera scelta che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato dopo l'entrata in vigore del presente accordo, spetta per le prime 250 scelte, una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso, pari a €. 24,00 quale sostegno all'attività. Nulla è dovuto a titolo di quota di ingresso per le scelte oltre la duecentocinquantesima. I medici con un carico assistenziale inferiore alle

ducentocinquanta scelte, titolari a tempo indeterminato alla entrata in vigore del presente accordo possono, alla data del 31.12.2005, optare per il trattamento previsto per i nuovi inseriti qualora questo fosse loro più favorevole;

9. Per ciascun assistito che non abbia compiuto il sesto anno di età, in ragione del maggior carico di lavoro connesso all'attività nell'ambito dei progetti per la salute dell'infanzia, dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, sarà corrisposto un compenso aggiuntivo quale parte integrante della quota capitarla di euro 12 (dodici).

10. In attesa degli accordi regionali, sono fatte salve le disposizioni regionali sullo sviluppo dei bilanci di salute e delle azioni integrative quali la compilazione di libretti sanitari pediatrici, screening, prestazioni integrative ecc... e relativi compensi, ricomprese nei progetti di prevenzione tuttora vigenti.

B – QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI.

1. A decorrere dal 01.01.2005, le quote già destinate ai pediatri di libera scelta per l'incentivazione di

a) attività in forma associative
b) collaborazione informatica
c) collaboratore di studio
d) personale infermieristico

costituiscono il fondo a riparto di cui all'art. 45, quantificato in ogni Regione sulla base di € 2,09 per assistito/anno.

2. In ciascuna Regione il fondo di cui al comma precedente deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel DPR 272/2000, per effetto degli Accordi Regionali vigenti, in tema di

a) attività in forma associative
b) collaboratore di studio
c) personale infermieristico

3. Il fondo di cui all'art. 45 è aumentato di euro 2.07 per assistito/anno dal 1.1.2005;

4. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 45, come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici che svolgono la propria attività in forma di pediatria di gruppo, a partire dal 01.01.2005, è corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 9,00; ai pediatri di libera scelta che svolgono la propria attività sotto forma di pediatria in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 8,00

5. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 45 ai pediatri di libera scelta, individuati dalla Regione, che utilizzano un collaboratore di studio assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, per un utilizzo minimo di 10 ore settimanali, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 10,00 per assistito in carico.

6. In attesa della stipula dei nuovi accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 45 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai pediatri di libera scelta, individuati dalla Regione, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, per un utilizzo minimo di 10 ore settimanali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 7,50 per assistito in carico.

7. I compensi relativi alla pediatria di gruppo, alla pediatria in associazione e le indennità relative al personale di studio e all'infermiere professionale sono corrisposti nella misura e nei tempi di cui ai commi 4, 5 e 6 quando nella Regione non siano state superate le rispettive percentuali, da calcolarsi sugli assistiti dai pediatri della Regione, nella seguente misura:
il 10 % per la pediatria di gruppo;
il 23 % per la pediatria in associazione;
il 12 % per il collaboratore di studio;
il 3 % per l'infermiere professionale.

8. Nel caso in cui, alla data di entrata in vigore del presente Accordo, la percentuale di una o più delle voci di spesa di cui ai commi 4, 5 e 6 sia superiore a quella prevista nel precedente comma 7, le risorse complessivamente impegnate continuano ad essere utilizzate secondo quanto previsto dagli Accordi regionali in vigore e continua ad essere riconosciuto ai medici interessati quanto previsto da tali accordi regionali o dal DPR 272/2000.

9. La maggiore spesa derivante dal superamento di una o più delle percentuali di cui al comma 7 è compensata dalla eventuale disponibilità di risorse derivante dalla sottoutilizzazione, in relazione alle percentuali di cui al comma 7, di altri istituti tra quelli di cui ai precedenti commi 4, 5 e 6. In tal caso i compensi e le indennità sono corrisposti nella misura e nei tempi previsti ai commi 4, 5 e 6 sia per gli istituti oggetto di compensazione che per quelli che non hanno superato le relative percentuali.

10. Dalla entrata in vigore del presente Accordo tutti i pediatri di libera scelta devono garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e devono consentire l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza. Per questo e fino alla stipula degli accordi regionali, con le risorse già a questo destinate, con la corrispondente riduzione della quota capitarla (lett A comma 1 articolo 58) è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di Euro 77,47.

11. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato al momento della entrata in vigore del presente Accordo devono adempiere all'obbligo di cui al precedente comma 10 nei tempi di seguito indicati:

a) fino a 10 anni di anzianità di specializzazione, al 1 Gennaio 2004, entro 1 anno dall'entrata in vigore del presente accordo;
b) da 10 a 20 anni di anzianità di specializzazione, al 1 Gennaio 2004, entro 3 anni dall'entrata in vigore del presente accordo;
c) da 20 a 30 anni di anzianità di specializzazione, al 1 Gennaio 2004, entro 5 anni dall'entrata in vigore del presente accordo.

12. Salvo diversi Accordi regionali, sono esentati dall'obbligo i medici che hanno maturato 30 o più anni di anzianità di specializzazione, dalla data in vigore del presente accordo.

13. La indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiere professionale è riconosciuta a ciascun medico, anche se operante in forma associata. I relativi contratti di lavoro, salvo diversi accordi regionali, sono stipulati in rapporto ad un impegno orario minimo, per ogni singolo medico, come definito dalla normativa in vigore e fatte salve differenti determinazioni assunte nell'ambito degli accordi regionali. Inoltre, salvo diverse determinazioni regionali, gli assistiti dei pediatri operanti in forma associata, non sono computati nei tetti stabiliti per l'incentivazione del personale di studio e del personale infermieristico.

14. In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annui dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annui dal 31.12.2005.

15. Tali fondi costituiscono una quota capitaria regionale, distribuita dal 1.1.2004 a tutti i medici, ogni mese in ragione di un dodicesimo delle quote previste al precedente comma finalizzata al governo clinico. Successivamente alla stipula dei nuovi accordi regionali ed in base a quanto dagli stessi stabilito, questa quota è ripartita fra i medici secondo gli apporti individuali.

16. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei pediatri di libera scelta sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e Organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale.

17. I progetti devono essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.

18. I progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

C – QUOTA VARIABILE PER COMPENSI SERVIZI CALCOLATA IN BASE AL TIPO ED AI VOLUMI DI PRESTAZIONE, CONCORDATA A LIVELLO REGIONALE E/O AZIENDALE, comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza domiciliare e ambulatoriale al cronico, vaccinazioni, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

1. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici pediatri spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B ed al relativo nomenclatore tariffario.

2. Sono fatti salvi i vigenti accordi regionali in tema di rivalutazione delle tariffe per prestazioni previste dal D.P.R. 272 del 2000

3. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai pediatri di libera scelta sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare e ambulatoriale al cronico di cui all' art. 51 e dei rispettivi allegati,e secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui

sopra è definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previo Accordo regionale.

D – ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI.

1. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai pediatri di libera scelta un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

2. E' fatto salvo il diritto dei pediatri, che alla data di pubblicazione del presente accordo operano in zone disagiate, di mantenere, quale compenso accessorio, il contributo mensile pattuito a livello regionale.

3. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi.

E – ARRETRATI TRIENNIO 2001-2003.

Le Regioni liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, l'ammontare risultante:

a) dal compenso lordo di 0,149 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2001;
b) dal compenso lordo di 0,149 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2002;
c) dal compenso lordo di 0,209 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2003.

F – MODALITÀ DI PAGAMENTO.

1. I compensi di cui alla lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente, entro la fine del mese successivo quello di competenza.

2. I compensi di cui alle lettere B) e C) sono versati mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.

3. Ai fini della correntezza del pagamento dei compensi ai pediatri di libera scelta si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

ART. 59 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA.

1. Per i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 15% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali e delle Province autonome di Trento e Bolzano, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda e il 5,625% a carico del pediatra.

2. L'aliquota di cui al precedente comma 1 decorre dal 1.1.2004.

3. I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei pediatri a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

4. Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,30% (zero virgola trenta per cento) dei compensi relativi all'art. 58, lett. A comma 1 e 9, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

5. Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'E.N.P.A.M. il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'Accordo avranno provveduto a stipulare entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, a stipulare apposito contratto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.

ART. 60 - RAPPORTI TRA IL PEDIATRA CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i pediatri di libera scelta e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.
2. I pediatri convenzionati sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Accordo.

ART. 61 – ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE.

1. Per lo svolgimento di attività normalmente di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria, l'Azienda può attribuire ulteriori attività a tempo determinato, non superiori ad un anno, a pediatri inseriti negli elenchi dei pediatri di libera scelta della Azienda medesima ed espressamente rinnovabili.

2. Il servizio può essere attivato, su richiesta del coordinatore del distretto anche per servizi di coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno infantili. L'attività può essere affidata a tutti i pediatri iscritti negli elenchi che ne facciano richiesta.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

NORMA FINALE N. 1

1. I pediatri che alla data di entrata in vigore del presente accordo risultano iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta delle Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, fatti salvi l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità e il possesso dei requisiti prescritti.

NORMA FINALE N. 2

Le Regioni ed Organizzazioni Sindacali nazionali firmatarie del presente accordo nelle proprie articolazioni regionali sono tenute alla sottoscrizione ed all'osservanza dell'Accordo regionale stipulato ai sensi dell'art. 10, comma 3. Nel caso in cui una delle parti, Regione od Organizzazioni sindacali regionali, non recepisca il suddetto Accordo, si applicano le disposizioni seguenti:

a) in caso di non recepimento ed applicazione da parte della Regione interessata, gli aumenti previsti dall'art. 58, lett. B, continuano ad essere erogati ai medici secondo quanto previsto dal comma 8, lett. B del medesimo articolo;

b) in caso di non sottoscrizione da parte delle Organizzazioni sindacali interessate gli aumenti previsti dall'art. 58, lett. B sono congelati in un fondo vincolato non alienabile e saranno erogati alla sottoscrizione dell'Accordo di cui all'art. 10, comma 3 oppure alla stipula degli Accordi regionali.

NORMA FINALE N. 3

Per l'anno 2004 la retribuzione dei pediatri di famiglia calcolata secondo l'art. 41 del DPR 272/2000. A titolo di arretrato a ciascun pediatra sono corrisposte le quote di cui al punto A comma 7 e al punto B comma 5 dell'art. 58, per un totale di quota per assistito anno di euro 4,06 come definito all'art. 9.
L'arretrato sarà calcolato moltiplicando il numero degli assistiti in carico al pediatra in ciascun mese per Euro 0,34.
Le cadenze per la corresponsione degli arretrati dovranno coincidere con quelle di cui al punto E dell'art. 58, nella misura di un terzo per rata.

NORMA FINALE N. 4

Con riferimento alla previsione di eleggere il proprio domicilio nella zona assegnata il pediatra di famiglia già convenzionato alla data di entrata in vigore del presente accordo è sollevato dall'obbligo della residenza previsto dal precedente contratto collettivo.

NORMA FINALE N. 5

Fermo restando il disposto di cui all'art. 1, comma16 del d.l. n. 324 del 1993, convertito nella legge 27 ottobre 1993 n. 423 il medico è reinserito negli elenchi qualora non si trovi in una delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 del presente accordo.

NORNA FINALE N. 6

Ove nel testo del presente accordo si sia riferimento alla dizione pediatra o pediatra di libera scelta questa è da intendersi al pediatra di famiglia.

NORMA TRANSITORIA N. 1

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, e che il Decreto Legislativo n. 254 del 28 luglio 2000, all'art. 6 sospende l'efficacia di tali disposizioni fino all'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della commissione che dovrà essere istituita con decreto del Ministro alla salute, fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 19, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale, continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a) del DPR n. 613/96, con esclusione dell'ulteriore beneficio previsto dall'art. 16 del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 503.

NORMA TRANSITORIA N. 2

1. In sede di prima applicazione, a seguito dell'entrata in vigore del presente Accordo, è prorogata fino al 31.12.2006, la validità della graduatoria regionale approvata nell'anno 2005, avente validità fino al 30.6.2006.

NORMA TRANSITORIA N. 3

1. I procedimenti disciplinari pendenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo e fino alla costituzione del collegio di cui all'art. 30 del presente Accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure previste dal DPR 272/2000.

NORMA TRANSITORIA N. 4

1. Gli Accordi regionali ed aziendali stipulati ai sensi del DPR 272/2000, vigenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i loro effetti giuridici ed economici fino alla durata da essi prevista o fino all'entrata in vigore dei successivi Accordi regionali ed Aziendali.

NORMA TRANSITORIA N. 5

1. Il termine di tre anni di cui all'art. 19, comma 3, decorre dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

NORMA TRANSITORIA N. 6

Con intese tra le parti firmatarie del presente Accordo e l'ENPAM sono definite, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, le previsioni di adeguamento del contributo previdenziale di cui all'art. 59 per gli anni successivi.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Le parti si impegnano a monitorare gli effetti dell'assegno ad personam introdotto quale meccanismo di superamento degli incrementi automatici del compenso correlati all'anzianità di laurea ai fini di un suo eventuale perfezionamento nel successivo Accordo Nazionale.

ALLEGATI ALLEGATI.

Allegato A Domanda di partecipazione alla graduatoria regionale di PdF
Allegato B Prestazioni aggiuntive
Allegato C Procedure tecniche per l'applicazione del rapporto ottimale
Allegato D Scheda di accesso in ospedale
Allegato E Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica
Allegato E bis Assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica
Allegato F Regolazione dei rapporti economici tra pediatra titolare e pediatra sostituto
Allegato G Incentivazione per insediamento in zone disagiate
Allegato H Certificazioni sportive
Allegato I Dichiarazione informativa
Allegato L Progetto Salute Infanzia

ALL. A)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

Alla Regione

Marca da
bollo

Il sottoscritto
*Dott.*____

Nato a________________________ Prov. ________
il_________________________________

Codice Fiscale ___________________________ Comune di
residenza____________________

Prov. ________ Indirizzo ____
n.______

C.A.P. _____________ n. Tel. ___________________________________

C H I E D E

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

A C C L U D E

N…….. dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)
N…….. dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio
N…….. certificati

Data……………………………………
Firma……………………………………………….

CAPITOLO 2
CAPITOLO 3
CAPITOLO 4
CAPITOLO 5 FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente da
Imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. **Cognome**……………………… **Nome**…………………………

C.F. ……………………………

ai sensi e agli effetti dell' art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 2 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

D I C H I A R A

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0.20 punti per mese di attività);
   dal……………………………. al…………………………….
presso……………………………
   dal……………………………. al…………………………….
presso……………………………
   dal……………………………. al…………………………….
presso……………………………

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 per mese di attività);
   dal……………………….al…………………….medico*…………………..A.S.L…………..……
   dal……………………….al…………………….medico…………………..A.S.L…………………
   dal……………………….al…………………….medico…………………..A.S.L…………………

* inserire il nome del medico sostituito

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività)
   dal……………………….
   al………………………….Struttura……………………………………..
   dal……………………….al………………………….Struttura………………………………………
   …
   dal……………………….
   al………………………….Struttura……………………………………..

4. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) ****** vedi allegato A per la compilazione ******

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 per mese)
   A.S.L……………….. dal……………………. al……………………….
   A.S.L……………….. dal……………………. al……………………….

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 (0.10 punti per mese di attività)
   dal……………………..
   al……………………..presso…………………………………………………..
   dal……………………..
   al……………………..presso…………………………………………………..
   dal……………………..
   al……………………..presso…………………………………………………..

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data……...……………………… (2) Firma del dichiarante………………………….

(1) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(2) Ai sensi dell'art. 2 – comma 11 – della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo :*

2. *Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;*

3. *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;*

4. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ;*

5. *L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;*

6. *Titolare del trattamento dei dati è*

CAPITOLO 6 FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- AUTOCERTIFICAZIONE –

Esente da
Imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. **Cognome…………………………** **Nome…………………………**

C.F……………………………….

ai sensi e agli effetti dell' art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 1 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

D I C H I A R A

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di…………………. dal…………………[♣]

2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di………………… dal……………. al…………………. e all'Ordine dei medici della Provincia di……………… dal……………. al……………………

3. Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di………………….. in data…………………….. con voto……………………..

4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in pediatria

5. Specializzazione/ libera docenza in……………………. conseguita il……………………………..
   presso……………………………….

   Specializzazione/ libera docenza in…………………….. conseguita il……………………………..
   presso……………………………….

6. Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal…………………….. al…………………………… presso………………………………………

7. Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il……………………. presso……………………………

[♣] punti 0,01 per mese di iscrizione. Il punteggio è raddoppiato, punti 0,02 per mese di iscrizione negli albi professionali della regione ove è presentata la domanda.

8. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il……………………. presso…………………………..

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Data……………………………….. Firma del dichiarante……………………………..

(Non soggetta ad autenticazione)

(1) Ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 Gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CAPITOLO 7 AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**

- **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:**

1. pediatria;
2. clinica pediatrica;
3. pediatria e puericultura;
4. patologia clinica pediatrica;
5. patologia neonatale;
6. puericultura;
7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre **il 31 gennaio** alla Regione

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale valida per il periodo, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo:.

ALLEGATO " A "

Dott. Cognome……………………………
Nome……………………………………….

C. F………………………………………

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva.(0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)♣

A N N O …………….

Azienda Sanitaria Locale……………………………………………………………..

Gennaio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Febbraio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Marzo dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Aprile dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Maggio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Giugno dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Luglio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Agosto dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Settembre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Ottobre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Novembre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Dicembre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

♣ per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A ".

A N N O …………….

Azienda Sanitaria Locale………………………………………………………………

Gennaio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Febbraio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Marzo dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Aprile dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Maggio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Giugno dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Luglio dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Agosto dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Settembre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Ottobre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Novembre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Dicembre dal………………………. al…………………………
ore…………………………

Firma…………………………………

Allegato B

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate in calce al presente allegato B, nel nomenclatore tariffario.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite nello studio professionale del pediatra di famiglia o a domicilio dell'utente a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al punto 1) lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare nome, cognome, indirizzo e numero del libretto di iscrizione dell'assistito.
Se la prestazione aggiuntiva è eseguita previa autorizzazione sanitaria dell'Azienda, alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa sul quale il medico, per ogni singola prestazione eseguita, deve far apporre la firma dell'assistito che ne ha beneficiato o, in caso di impedimento, di chi ha assistito alla avvenuta prestazione.

5. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.
6. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento tra l'Ente erogatore e il sanitario interessato.
7. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Fermo quanto previsto dall'art. 19, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).
8. Le Regioni e le OO.SS. firmatarie, nelle proprie articolazioni regionali, si impegnano, al compimento del sesto mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, a verificare l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni in oggetto e qualora riscontrino oneri aggiuntivi senza corrispondenti diminuzioni di spese per il medesimo titolo in altri settori si impegnano altresì ad un protocollo integrativo di revisione dell'istituto in oggetto.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE

A) PRESTAZIONI TERAPEUTICHE

		dall'1/1/2001
1.	Sutura di ferita superficiale....................................	3,36
2.	Rimozione di punti di sutura e medicazione...........	12,34
3.	Fleboclisi(unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza)..	12,34
4.	Tamponamento nasale anteriore............................	5,63
5.	Rimozione tappo di cerume........................	7,18

6. Rimozione di corpo estraneo 7,18
7. Prima medicazione (*)... 12,34
8. Medicazioni successive....................................... 6,15
9. Toilette di perionichia supporata........................ 12,34
10. Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna..... 10,23
11. Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omerale 15,91
12. Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta).... 9,24
13. Asportazione di verruche.................................... 8,68
14. Iniezione endovenosa.. 6,15
15 Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo
    - piccoli segmenti.. 12,96
    - grandi segmenti... 17,25

16. Frenulectomia linguale 14,67
17. Cateterismo vescicale................................ 9,09
18. Drenaggio di ascesso sottocutaneo 37,18

PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA
19. Boel test 21,43
20. Screening per l'ambliopia 21,43

(*) per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

B) VACCINAZIONI

Nell'ambito di programmi vaccinali concordati con Azienda o Regione.

C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 14.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 14, comma 4:

1. Conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)
2. Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burker)
3. PCR
4. MicroVES
5. Agglutinine a frigore
6. Ricerca SBEGA
7. Prelievo di sangue capillare
8. Prelievo di sangue venoso
9. Prelievo microbiologico

10. Test alla luce di Wood
11. Prick test
12. Otoscopia pneumatica
13. Impedenzometria
14. Audiometria tonale
15. Scoliometria
16. Spirometria
17. Terapia aerosolica
18. Urine completo (stick)
19. Urinocultura
20. Emocromo
21. Colesterolo
22. Trigliceridi
23. IgE
24. Podoscopia
25. Test per cecità ai colori
26. Cover Test
27. Tavole optometriche
28. Riflesso rosso
29. Test rapido per influenza
30. Test rapido per rotavirus
31. Test rapido per adenovirus
32. Test rapido per mononucleosi infettiva
33. Pulsiossimetria
34. Ecg
35. Ecografia anche
36. Ecografia addome
37. Ecografia cute e sottocutaneo
38. Test di Denver
39. Screening per autismo (CHAT)
40. PICS-IV (diagnosi dei disturbi dirompenti del comportamento)
41. Attività collegata al DMS IV

ALLEGATO C

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Si procede in questo modo.
3. Si stabilisce quale è la popolazione 0-6 anni nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
4. A parte si prende l'elenco dei pediatri già operanti nell'ambito in questione.
6. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.
7. Esso sarà:
   - uguale a 600 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 600;
8. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.
9. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 300 e si inserirà un medico per ogni 600 abitanti o frazione superiore a 300 in relazione al risultato della sottrazione.
10. Esempio

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 6.050.
Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti.
Al fine del rapporto ottimale:
Popolazione pediatrica 6.050.

Medici inseriti nell'ambito:

2 a 1000 scelte di massimale valgono 600	1.200	(2 x 600)
6 a 800 scelte di massimale valgono 600	3.600	(3 x 600)
Totale	4.800	

La zona è carente: 6.050 - 4.800 = 1.250
Devono essere inseriti 2 pediatri

ALLEGATO D)

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,
invio in ospedale ....1..... Paziente signor
....
....

1) Motivo del ricovero
....
....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto
....
....
....
....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria
....
....
....
....

....
....
....
....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, un esauriente relazione clinica.
.... lì...........................

Dott. ....
Recapito telefonico ....

ALLEGATO E)

ASSISTENZA DOMICILIARE AI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

Art. 1 DEFINIZIONE

1. L'Assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative , socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.
Consente altresì di garantire un effettivo supporto alle famiglie, attraverso interventi di natura assistenziale mirate anche ad evitare il ricovero del bambino o la sua istituzionalizzazione . Consente infine una presa in carico "globale del paziente" da parte dei servizi territoriali, attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza concordati con le Unità Operative Aziendali e mirati al superamento dei momenti "critici" per il bambino e per la famiglia.

2. L'Assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica (adi; adp) di cui all'art. 51 lett. a) e b) è svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalità e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di distretto per effettuare:

- ✓ monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- ✓ controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- ✓ predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- ✓ indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- ✓ attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di " registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
- ✓ individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

Art.2 OBIETTIVI

Gli obiettivi del Servizio sono:

1. Aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi.
2. Il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile .
3. La promozione della permanenza dei minori in famiglia.
4. La razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche.
5. L'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare.
6. La riduzione ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri .
7. La creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino "fragile" .

Art. 3 DESTINATARI DELL'ASSISTENZA

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono elencate:

- ✓ asma grave;
- ✓ fibrosi cistica;
- ✓ malattie cromosomiche e o genetiche invalidanti;
- ✓ sindrome di down;
- ✓ cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico;
- ✓ artropatie con grave limitazione funzionale;
- ✓ artrite reumatoide giovanile;
- ✓ patologie oncoematologiche;
- ✓ cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- ✓ tetraplegia;
- ✓ autismo e altre psicosi;
- ✓ epilessie;
- ✓ immunodeficienza congenite ed acquisite;
- ✓ acquisita;
- ✓ diabete mellito;
- ✓ neonati a rischio di deficit neurosensoriali:
- ✓ bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori

Art.4 PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio è attivato dal pediatra di concerto con il responsabile dell'assistenza sanitaria del Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:

- ✓ il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;
- ✓ servizi sociali;
- ✓ familiari del paziente.

2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari. Tale programma deve essere concordato con il Responsabile del Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.
3. Il dirigente del Distretto comunica l'ingresso in assistenza integrata del paziente entro 48 ore.
4. Il pediatra di libera scelta, nell'ambito degli interventi assistenziali :

- ✓ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- ✓ assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
- ✓ tiene la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.

5. Previo Accordo con il Dirigente del distretto:

- ✓ attiva le eventuali consulenze specialistiche;
- ✓ attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programati;
- ✓ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art.5 COMPENSO ECONOMICO

1. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo a quota variabile di £. 18,90, per ogni accesso domiciliare, per bambino con patologia cronica.
2. La liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo al termine del programma, che viene definito con durata massima annuale. La documentazione degli interventi eseguiti è presentata all'Azienda secondo le modalità e i tempi concordati a livello regionale.
3. I compensi di cui al comma 1) possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengono conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

Art. 6 DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo per ciascun medico pediatra che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti e modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

Art. 7 VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio dell'Azienda e i responsabili distrettuali delle attività sanitarie, possono in ogni momento verificare l'effettiva erogazione delle prestazioni previste nei programmi di assistenza.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in Accordo con il medico pediatra.
3. L'assistenza può essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal medico pediatra che dall'Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio sanitarie del paziente.

Art. 8 INTESE DECENTRATE

1. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente allegato

ALLEGATO E bis

ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

Art.1

L'Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica (aap) di cui all'art. 51 comma 1, lettera c), è svolta assicurando presso l'ambulatorio del pediatra dei controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- ✓ Monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- ✓ Controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- ✓ Predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- ✓ Indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- ✓ Attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di " registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
- ✓ Individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso

Art. 2

Attivazione del servizio Ambulatoriale

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono elencate:

- ✓ Allergie gravi
- ✓ Asma
- ✓ Fibrosi cistica
- ✓ Malattia celiaca
- ✓ Malattie cromosomiche e o genetiche
- ✓ Sindrome di down
- ✓ Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- ✓ Gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
- ✓ Artrite reumatoide giovanile
- ✓ Patologie oncoematologiche
- ✓ Cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
- ✓ Tetraplegici
- ✓ Disturbi del comportamento
- ✓ Epilessie
- ✓ Immunodeficienza congenita e acquisita
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Neonati a rischio di deficit neurosensoriali (secondo il percorso allegato)

- ✓ Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori.

Art.3
Le Regioni, nell'ambito degli accordi decentrati definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalità di pagamento. Di seguito si fornisce un esempio di modalità organizzative:

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal pediatra di famiglia, dai competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie.
2. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalità di cui sopra al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
3. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo nella misura di regola ammontante a € 18,90 per accesso.
4. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
5. In caso di ricovero ospedaliero in strutture sanitarie o sociali al fine di garantire la continuità assistenziale e l'auspicata integrazione funzionale tra la rete di assistenza territoriale e la struttura di ricovero, per ogni accesso, al pediatra verrà corrisposto il compenso previsto nel comma 1. del presente articolo.
6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che deve sempre essere documento alla Azienda nei tempi previsti.

ALLEGATO F)

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA PEDIATRA TITOLARE E PEDIATRA SOSTITUTO NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA.

1. Fermi gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 36, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 55% del compenso di cui alla lettera A, commi 1 e 9 dell'articolo 58 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore mobilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Ai medici sostituti spettano i compensi previsti dall'art. 58, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.
5. Qualora il pediatra intenda avvalersi della collaborazione professionale di medici con compenso orario, tale compenso è pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente
6. Qualora il medico sostituto non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, i rapporti economici di cui al presente articolo verranno regolati secondo le norme previste dall'Accordo della Medicina Generale. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti

ALLEGATO G)

INCENTIVAZIONE PER INSEDIAMENTO IN ZONE DISAGIATE.

1. Sono considerate disagiate le zone che permangono scoperte per oltre 1 anno dalla pubblicazione della carenza o in base agli altri criteri individuati nell'ambito degli accordi regionali dall'Azienda per particolari difficoltà oro geografica comprese le isole o per popolazione pediatrica rarefatta e sparsa e per specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività.
2. L'insediamento del pediatra viene incentivato mediante:
a) la messa a disposizione da parte della Regione di struttura ambulatoriale a costo ridotto
b) l'utilizzazione del pediatra per attività territoriali programmate nei limiti dell'attività globalmente consentita e anche in deroga ai limiti temporali di cui all'art. 61, comma 1;
c) l'incremento economico di cui all'art. 58 lett. D, comma 1 e 2.

All. H

CERTIFICAZIONI SPORTIVE

Tra i compiti dei Pediatrici libera scelta, retribuiti in quota capitarla, rientrano le certificazioni per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico (punti a e c dell'art. 1 del DM 28/2/83), e cioè le certificazioni per attività fisico – sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, per le attività inserite nei P.O.F. (Piani Offerte Formative) e per i Giochi sportivi studenteschi nelle fasi provinciali e regionali precedenti quella nazionale.

a) Per attività parascolastiche si intendono le attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti;

b) Per la partecipazione ai Giochi della gioventù ed i Giochi Sportivi Studenteschi è richiesta la certificazione di stato di buona salute esclusivamente per gli alunni selezionati per la partecipazione alla fasi provinciali e regionali successive a quelle di istituto o rete di istituti (sovrintesi da un'unica autorità scolastica)

c) La certificazione di stato di buona salute per la partecipazione alle manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati ed inserite nei P.O.F. del programma scolastico è dovuta per le sole attività che rientrano tra quelle definite alla lettera a) del presente allegato.

d) Non è richiesta alcuna certificazione per la partecipazione alle lezioni di educazione fisica

e) La richiesta di certificazione deve essere effettuata solo per gli alunni interessati utilizzando specifici moduli debitamente compilati e firmati dall'autorità scolastica competente e dai quali si evinca chiaramente la tipologia di attività per la quale si richiede la certificazione

f) Non necessitano di certificazione le attività ginnico- motorie con finalità ludico – ricreative, ginnico – formative, riabilitative o rieducative, praticabili a prescindere dall'età e senza controllo sanitario preventivo obbligatorio

g) Non necessita di certificazione la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nella scuola elementare in quanto sono limitati alla fase di Istituto ed hanno carattere educativo, formativo e mai competitivo.

Allo scopo di promuovere l'attività fisico sportiva, le Regioni, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, possono concordare modalità di inserimento delle certificazioni per attività sportive non agonistiche diverse da quelle di cui ai punti a), b), e c) del presente allegato fra le prestazioni di particolare impegno professionale di cui All. B definendo le relative tariffe.

ALLEGATO I)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott...

nato a...................................... il..................... residente in..............................

Via/Piazza.. n...................... iscritto all'Albo

dei....................................... della Provincia di...
ai sensi e agli effetti dell'art.4, legge 4 gennaio 1968, n.15

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
   Soggetto.. ore settimanali........................
   Via.. Comune di...
   Tipo di rapporto di lavoro ....
   Periodo: dal...

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. .... con massimale di n°........... scelte
   Periodo: dal ....

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
   A.S.L. .... branca.. ore sett................
   A.S.L.................. branca.. ore sett................

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
   Provincia.. branca..
   Periodo: dal...

Segue ALLEGATO I)

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione.......................... o in altra Regione (2):
   Regione............................ A.S.L............................. ore sett.................
   in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)
   Organismo.. ore sett.......................
   Via.. Comune di ....
   Tipo di attività...
   Tipo di rapporto di lavoro...
   Periodo: dal..

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
   Organismo.. ore sett...........................
   Via.. Comune di ....
   Tipo di attività...
   Tipo di rapporto di lavoro...
   Periodo: dal...

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
   Azienda... ore sett..........................
   Via.. Comune di.................................
   Periodo: dal...

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
   A.S.L. .... Comune di...............................
   Periodo: dal...

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
    Periodo: dal..

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)
    ....
    ....
    Periodo: dal..

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):
    Soggetto pubblico...
    Via.. Comune di ....
    Tipo di attività...
    Tipo di rapporto di lavoro:..
    Periodo: dal...

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)
    ....
    ....
    Periodo: dal...

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)
    soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....................................
    ....
    Periodo: dal...

NOTE ____
____
____
____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data__________________
Firma______________________________

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

Autentica della sottoscrizione

____

(T i m b r o)

____

L'anno duemila____________ addì_____________________

del mese di ___________________________ è comparso ____l____ Signor

____ della cui identità

s o n o c e r t o

per ___l___ quale, dopo essere stato___ da me ammonit___ sulla respon-sabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

____

(Firma dell'incaricato)

ALL. L

Progetto salute infanzia

Le Regioni possono, nell'ambito della propria autonomia programmatoria, prevedere l'attivazione del «Progetto salute infanzia», che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle «visite età filtro» previsto nel precedente Accordo. Il «Progetto salute infanzia», salve diverse determinazioni regionali, è costituito da un piano base che preveda almeno sei bilanci di salute, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in armonia con obiettivi di salute enunciati dal PSN e con il nuovo calendario vaccinale stabilito dal Piano Nazionale Vaccini 2005.

Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante accordi a livello regionale.

Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età zero sei anni secondo le tabelle seguenti fatti salvi diversi accordi regionali. Le Regioni possono, previo specifico Accordo, prevedere lo svolgimento di ulteriori bilanci di salute di cui due entro il sesto anno di vita ed altri entro il periodo adolescenziale, per gli assistiti in carico. Al pediatra per ciascuno dei bilanci di salute spetta un compenso lordo di €. 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.

La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il «Progetto salute infanzia» può prevedere, inoltre, dei livelli di implementazione legati ad obiettivi di educazione sanitaria e di profilassi delle malattie infettive e ulteriori azioni integrative che saranno oggetto di specifici accordi a livello regionale.

Qualora tali implementazioni dovessero rientrare nell'ambito di uno specifico progetto le Regioni d'intesa con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale rideterminano i compensi.

Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del «Progetto salute infanzia» a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, a cura delle Aziende, le famiglie saranno adeguatamente informate sui tempi di esecuzione del progetto e sollecitate al puntuale rispetto delle scadenze previste.

PIANO BASE		**PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO**			**SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO**
BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			
ETA'	INTERVENTO	MODULO DI EDUCAZIONE SANITARIA	MODULO DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
60/90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti da trasporto in auto. Prevenzione Sids Prevenzione complicanze da fumo passivo Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: -trasporto sicuro in auto -prevenzione Sids -fumo passivo -aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini	Riflesso rosso Riflessi pupillari Questionario di rilevazione delle capacità uditive Vaccinazioni
180 gg +/- 30gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida caduta e pericoli sul fasciatoio	Questionario di rilevazione delle capacità uditive Riflesso pupillare alla luce Riflesso rosso
-30 gg 360 gg +60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc.. Linee guida nutrizionali	Cover test VACCINAZIONI
24 mesi +/- 120gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	Stereo test di Lang Cover test
3 anni +/- 180gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Stereo test di Lang
5/6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Podoscopia Test di acuità visiva

06A04906

AUGUSTA IANNINI, *direttore* FRANCESCO NOCITA, *redattore*

(G603102/1) Roma, 2006 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

cap	località	libreria	indirizzo	pref.	tel.	fax
95024	**ACIREALE (CT)**	CARTOLIBRERIA LEGISLATIVA S.G.C. ESSEGICI	Via Caronda, 8-10	095	7647982	7647982
00041	**ALBANO LAZIALE (RM)**	LIBRERIA CARACUZZO	Corso Matteotti, 201	06	9320073	93260286
60121	**ANCONA**	LIBRERIA FOGOLA	Piazza Cavour, 4-5-6	071	2074606	2060205
83100	**AVELLINO**	LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI	Via Matteotti, 30/32	0825	30597	248957
81031	**AVERSA (CE)**	LIBRERIA CLA.ROS	Via L. Da Vinci, 18	081	8902431	8902431
70124	**BARI**	CARTOLIBRERIA QUINTILIANO	Via Arcidiacono Giovanni, 9	080	5042665	5610818
70121	**BARI**	LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI	Via Crisanzio, 16	080	5212142	5243613
13900	**BIELLA**	LIBRERIA GIOVANNACCI	Via Italia, 14	015	2522313	34983
40132	**BOLOGNA**	LIBRERIA GIURIDICA EDINFORM	Via Ercole Nani, 2/A	051	4218740	4210565
40124	**BOLOGNA**	LIBRERIA GIURIDICA - LE NOVITÀ DEL DIRITTO	Via delle Tovaglie, 35/A	051	3399048	3394340
21052	**BUSTO ARSIZIO (VA)**	CARTOLIBRERIA CENTRALE BORAGNO	Via Milano, 4	0331	626752	626752
91022	**CASTELVETRANO (TP)**	CARTOLIBRERIA MAROTTA & CALIA	Via Q. Sella, 106/108	0924	45714	45714
95128	**CATANIA**	CARTOLIBRERIA LEGISLATIVA S.G.C. ESSEGICI	Via F. Riso, 56/60	095	430590	508529
88100	**CATANZARO**	LIBRERIA NISTICÒ	Via A. Daniele, 27	0961	725811	725811
66100	**CHIETI**	LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI	Via Asinio Herio, 21	0871	330261	322070
22100	**COMO**	LIBRERIA GIURIDICA BERNASCONI - DECA	Via Mentana, 15	031	262324	262324
87100	**COSENZA**	LIBRERIA DOMUS	Via Monte Santo, 70/A	0984	23110	23110
50129	**FIRENZE**	LIBRERIA PIROLA già ETRURIA	Via Cavour 44-46/R	055	2396320	288909
71100	**FOGGIA**	LIBRERIA PATIERNO	Via Dante, 21	0881	722064	722064
03100	**FROSINONE**	L'EDICOLA	Via Tiburtina, 224	0775	270161	270161
16121	**GENOVA**	LIBRERIA GIURIDICA	Galleria E. Martino, 9	010	565178	5705693
95014	**GIARRE (CT)**	LIBRERIA LA SEÑORITA	Via Trieste angolo Corso Europa	095	7799877	7799877
73100	**LECCE**	LIBRERIA LECCE SPAZIO VIVO	Via Palmieri, 30	0832	241131	303057
74015	**MARTINA FRANCA (TA)**	TUTTOUFFICIO	Via C. Battisti, 14/20	080	4839784	4839785
98122	**MESSINA**	LIBRERIA PIROLA MESSINA	Corso Cavour, 55	090	710487	662174
20100	**MILANO**	LIBRERIA CONCESSIONARIA I.P.Z.S.	Galleria Vitt. Emanuele II, 11/15	02	865236	863684
70056	**MOLFETTA (BA)**	LIBRERIA IL GHIGNO	Via Salepico, 47	080	3971365	3971365

Segue: **LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE**

cap	località	libreria	indirizzo	pref.	tel.	fax
80139	**NAPOLI**	LIBRERIA MAJOLO PAOLO	Via C. Muzy, 7	081	282543	269898
80134	**NAPOLI**	LIBRERIA LEGISLATIVA MAJOLO	Via Tommaso Caravita, 30	081	5800765	5521954
28100	**NOVARA**	EDIZIONI PIROLA E MODULISTICA	Via Costa, 32/34	0321	626764	626764
90138	**PALERMO**	LA LIBRERIA DEL TRIBUNALE	P.za V.E. Orlando, 44/45	091	6118225	552172
90138	**PALERMO**	LIBRERIA S.F. FLACCOVIO	Piazza E. Orlando, 15/19	091	334323	6112750
90145	**PALERMO**	LIBRERIA COMMISSIONARIA G. CICALA INGUAGGIATO	Via Galileo Galilei, 9	091	6828169	6822577
90133	**PALERMO**	LIBRERIA FORENSE	Via Maqueda, 185	091	6168475	6177342
43100	**PARMA**	LIBRERIA MAIOLI	Via Farini, 34/D	0521	286226	284922
06087	**PERUGIA**	CALZETTI & MARIUCCI	Via della Valtiera, 229	075	5997736	5990120
29100	**PIACENZA**	NUOVA TIPOGRAFIA DEL MAINO	Via Quattro Novembre, 160	0523	452342	461203
59100	**PRATO**	LIBRERIA CARTOLERIA GORI	Via Ricasoli, 26	0574	22061	610353
00192	**ROMA**	LIBRERIA DE MIRANDA	Viale G. Cesare, 51/E/F/G	06	3213303	3216695
00195	**ROMA**	COMMISSIONARIA CIAMPI	Viale Carso, 55-57	06	37514396	37353442
00161	**ROMA**	L'UNIVERSITARIA	Viale Ippocrate, 99	06	4441229	4450613
00187	**ROMA**	LIBRERIA GODEL	Via Poli, 46	06	6798716	6790331
00187	**ROMA**	STAMPERIA REALE DI ROMA	Via Due Macelli, 12	06	6793268	69940034
45100	**ROVIGO**	CARTOLIBRERIA PAVANELLO	Piazza Vittorio Emanuele, 2	0425	24056	24056
63039	**SAN BENEDETTO D/T (AP)**	LIBRERIA LA BIBLIOFILA	Via Ugo Bassi, 38	0735	587513	576134
07100	**SASSARI**	MESSAGGERIE SARDE LIBRI & COSE	Piazza Castello, 11	079	230028	238183
10122	**TORINO**	LIBRERIA GIURIDICA	Via S. Agostino, 8	011	4367076	4367076
21100	**VARESE**	LIBRERIA PIROLA	Via Albuzzi, 8	0332	231386	830762
36100	**VICENZA**	LIBRERIA GALLA 1880	Viale Roma, 14	0444	225225	225238

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni dell'Istituto sono in vendita al pubblico:

— **presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. in ROMA, piazza G. Verdi, 10 - ☎ 06 85082147;**

— **presso le librerie concessionarie indicate (elenco consultabile sul sito www.ipzs.it)**

L'Istituto conserva per la vendita le Gazzette degli ultimi 4 anni fino ad esaurimento. Le richieste per corrispondenza potranno essere inviate a:

Funzione Editoria - U.O. DISTRIBUZIONE
Attività Librerie concessionarie, Vendita diretta e Abbonamenti a periodici
Piazza Verdi 10, 00198 Roma
fax: 06-8508-4117
e-mail: editoriale@ipzs.it

avendo cura di specificare nell'ordine, oltre al fascicolo di GU richiesto, l'indirizzo di spedizione e di fatturazione (se diverso) ed indicando il codice fiscale per i privati. L'importo della fornitura, maggiorato di un contributo per le spese di spedizione, sarà versato in contanti alla ricezione.

Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

Per informazioni, prenotazioni o reclami attinenti agli abbonamenti oppure alla vendita della *Gazzetta Ufficiale* bisogna rivolgersi direttamente all'Amministrazione, presso l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA

Gazzetta Ufficiale Abbonamenti	Vendite	Ufficio inserzioni	Numero verde
☎ 800-864035 - Fax 06-85082520	☎ 800-864035 - Fax 06-85084117	☎ 800-864035 - Fax 06-85082242	☎ 800-864035

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO ANNO 2006 (salvo conguaglio) (*)

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
	(di cui spese di spedizione € 219,04)	- annuale	€ **400,00**
	(di cui spese di spedizione € 109,52)	- semestrale	€ **220,00**
Tipo A1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i soli supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:		
	(di cui spese di spedizione € 108,57)	- annuale	€ **285,00**
	(di cui spese di spedizione € 54,28)	- semestrale	€ **155,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:		
	(di cui spese di spedizione € 19,29)	- annuale	€ **68,00**
	(di cui spese di spedizione € 9,64)	- semestrale	€ **43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della CE:		
	(di cui spese di spedizione € 41,27)	- annuale	€ **168,00**
	(di cui spese di spedizione € 20,63)	- semestrale	€ **91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali:		
	(di cui spese di spedizione € 15,31)	- annuale	€ **65,00**
	(di cui spese di spedizione € 7,65)	- semestrale	€ **40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
	(di cui spese di spedizione € 50,02)	- annuale	€ **167,00**
	(di cui spese di spedizione € 25,01)	- semestrale	€ **90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	(di cui spese di spedizione € 344,93)	- annuale	€ **780,00**
	(di cui spese di spedizione € 172,46)	- semestrale	€ **412,00**
Tipo F1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari con i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	(di cui spese di spedizione € 234,45)	- annuale	€ **652,00**
	(di cui spese di spedizione € 117,22)	- semestrale	€ **342,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A, A1, F, F1 comprende gli indici mensili
Integrando con la somma di € **80,00** *il versamento relativo al tipo di abbonamento alla* Gazzetta Ufficiale *- parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice Repertorio Annuale Cronologico per materie anno 2005.*

BOLLETTINO DELLE ESTRAZIONI

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **88,00**

CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **56,00**

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:		
	serie generale	€ 1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico	€ 1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo Bollettino Estrazioni, ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico	€ 6,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II (inserzioni)

Abbonamento annuo	*(di cui spese di spedizione € 120,00)*		€ **320,00**
Abbonamento semestrale	*(di cui spese di spedizione € 60,00)*		€ **185,00**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione)		€ 1,00	

I.V.A. 20% inclusa

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni		€ **180,00**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero i prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli, vengono stabilite, di volta in volta, in base alle copie richieste.

N.B. - Gli abbonamenti annui decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre, i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

Restano confermati gli sconti in uso applicati ai soli costi di abbonamento

ABBONAMENTI UFFICI STATALI
Resta confermata la riduzione del 52% applicata sul solo costo di abbonamento

* tariffe postali di cui al Decreto 13 novembre 2002 (G.U. n. 289/2002) e D.P.C.M. 27 novembre 2002 n. 294 (G.U. 1/2003) per soggetti iscritti al R.O.C.